TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr G. LEPAGE

Agrégé de la Faculté de Médecine,
Accoucheur de la Maternité de l'hôpital Boucicaut.



PARIS
MASSON ET Cie, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1914



TITRES SCIENTIFIQUES ET FONCTIONS

Interne des hôpitaux (1884-1888).

Chef de laboratoire à la Clinique Baudelocque (1889-1892).

Répétiteur à la Clinique Baudelocque (1890-1891-1892-1894-1895-1896-1897-1898).

Chef de clinique à la Clinique Baudelocque (1892-1895).

Accoucheur des hôpitaux (1894).

Accoucheur adjoint à l'asile Michelet (1895-1898).

Assistant à la Maternité de Beaujon (1896-1897).

Accoucheur de la Pitié (1898-1908).

Accoucheur de l'hôpital Boucicaut (depuis 1908).

Agrégé à la Faculté de Médecine de Paris (1898-1907).

Rappelé en exercice pour le service des examens (1908-1909-1910-1912).

Secrétaire Général de la Société d'obstétrique, de Gynécologie et de Pædiatrie de Paris (1902-1907). Vice-Président de cette Société en 1911.

Chargé de cours de Clinique annexe depuis 1901.

ENSEIGNEMENT

Moniteur des travaux pratiques d'obstétrique à la Faculté de médecine de Paris pendant le second semestre des années scolaires 1885-1886, 1887-1888, 1888-1889.

Cours public d'accouchements fait avec J. Potocki à l'Association générale des Étudiants pendant :

Le 4e trimestre de 1888 ;
Le 1er et le 4e trimestre de 1889 ;
Le 1er et le 4e trimestre de 1890 ;
Le 1er trimestre de 1891.

Pendant la durée du clinicat, leçons *hebdomadaires* de diagnostic obstétrical comprenant : 1° l'exposé d'une question de diagnostic obstétrical ; 2° la présentation de malades ayant des particularités relatives au sujet traité.

Cours théorique et pratique d'accouchements a la clinique Baudelocque.

Chaque année, de 1892 à 1898, cours théorique et pratique d'accouchements, en 25 leçons avec exercices pratiques sur le mannequin ; ce cours, dont le programme a été arrêté par le professeur Pinard, était fait à tour de rôle par chacun des répétiteurs.

Cours faits pendant l'agrégation.

Les trois cours (conférences du semestre d'hiver, conférences du semestre d'été avec manœuvres obstétricales, cours théorique d'accouchements aux élèves sages-femmes de la Maternité de l'hôpital Beaujon) ont été faits suivant l'ordre de roulement établi parmi les agrégés.

Par roulement également deux suppléances du Professeur Pinard à la Clinique Baudelocque : 1° du 1er juillet 1905 au 1er octobre 1905. — 2° du 1er juillet 1906 au 1er octobre 1906 ; pendant ces suppléances, en dehors des conférences quotidiennes, des leçons de clinique obstétricale ont été faites régulièrement deux fois par semaine.

Suppleance faite a la clinique Tarnier.

La mort du professeur P. Budin étant survenue au commencement de janvier 1907, j'ai été désigné pour continuer, du 1er février 1907 au 1er novembre 1907, l'enseignement clinique des stagiaires.

Pendant les mois de juillet et d'octobre de cette année scolaire, j'ai, en outre, dirigé les cours spéciaux dits de vacances à la Clinique Tarnier et j'ai pris part à cet enseignement.

Commission de réformes des études médicales.

En 1905, j'ai été désigné par mes collègues agrégés pour faire partie de la *Commission* qui fut chargée, à la Faculté de Médecine, de l'étude des réformes à apporter au concours de l'Agrégation et à l'enseignement médical.

J'ai été nommé également membre de la Commission et de la Sous-commission de réforme des études médicales instituées en 1906 au Ministère de l'Instruction Publique. J'ai pris, en toute indépendance, une part active aux travaux de ces Commissions. J'ai essayé de seconder de mon mieux ceux de mes maîtres qui s'étaient donné pour but de rendre les études médicales plus pratiques, d'obliger les étudiants en médecine à des stages plus longs et mieux faits; de même, en ce qui concerne le concours de l'Agrégation, j'ai défendu les réformes qui me semblaient donner aux candidats plus de garanties d'impartialité et qui avaient aussi pour but d'exiger d'eux, en dehors de leurs connaissances spéciales, la preuve de la solidité et de l'étendue de leurs connaissances générales en médecine.

Enseignement hospitalier.

Nommé Accoucheur des Hôpitaux en 1894, j'ai fait successivement de l'enseignement clinique, avec conférence quotidienne et leçon hebdomadaire pendant des suppléances faites :

A. — A la Maternité de l'hôpital Saint-Louis, du 1er septembre 1894 au 1er février 1895.

B. — A la Maternité de l'Hôtel-Dieu annexe, du 1er juin 1895 au 1er novembre 1895.

En 1897, étant assistant du professeur Ribemont-Dessaignes, j'ai fait du 15 août au 1er décembre un *cours de perfectionnement* clinique (deux leçons par semaine) pour les docteurs en médecine.

Nommé titulaire du Service de la Pitié au 1er avril 1898, je me consacrai à l'enseignement clinique des élèves : dès le 1er novembre de cette année, la Faculté de médecine envoya des stagiaires pour s'y instruire des choses de l'obstétrique.

A diverses reprises, pendant les années suivantes, je fus obligé de demander au Doyen de la Faculté de restreindre le nombre d'étudiants en médecine qui désiraient faire leur stage ; car, en raison de l'exiguïté des locaux et du nombre

restreint d'accouchements qui se faisaient dans le Service, il était impossible d'admettre plus d'une quinzaine de stagiaires dans la même série.

L'expérience de mes maîtres et la mienne propre m'avaient montré l'insuffisance des connaissances théoriques[1] en obstétrique des étudiants qui viennent faire leur stage dans les Maternités; il en est peu qui aient subi l'épreuve théorique d'accouchements du 3e examen de doctorat. Il en résulte pour le chargé de cours de clinique obstétricale la double obligation de faire un enseignement théorique des notions principales d'obstétrique et en même temps d'éduquer l'étudiant en vue du cinquième examen clinique; car, à cette période de ses études, l'étudiant recherche souvent plus la meilleure manière d'apprendre ce qui est demandé aux examens que d'accumuler les connaissances qui lui seront utiles dans la pratique.

C'est à cette besogne d'*enseignement élémentaire et quotidien de l'obstétrique* — besogne parfois ingrate par sa monotonie, mais passionnante tout de même quand on aime l'enseignement — que je me suis consacré depuis plus de quinze ans que je dirige un service hospitalier; j'ai été toujours habilement secondé par une collaboratrice précieuse, Mme Chineau, qui m'aida à apprendre à plusieurs générations de stagiaires tout ce qui a trait à l'examen de la femme enceinte et aux soins à donner aux femmes pendant le travail et pendant les suites de couches; elle me seconda puissamment dans l'installation (1900) d'une consultation de nourrissons qui me permit de donner aux élèves des notions de puériculture.

Lorsqu'en 1908 le service de la Maternité de Boucicaut, mieux installé, situé dans un quartier populeux, devint vacant, je m'empressai — après avoir pris conseil du professeur Pinard — d'en devenir titulaire avec l'espoir de trouver des éléments plus importants d'enseignement clinique. Mes prévisions se sont réalisées puisque le nombre d'accouchements faits dans le service est passé de 680 en 1907 à près de 1700 pendant l'année 1913. Une consultation externe pour les femmes enceintes — faite par moi chaque jour — permet aux stagiaires de se familiariser avec tout ce qui concerne l'examen de la femme pendant la gestation.

De plus, je suis fortement secondé, non seulement dans la direction du Service où les femmes viennent à la consultation au nombre de 25 à 30 chaque jour, mais dans l'enseignement des élèves par mon collègue et ami Rudaux qui fait régulièrement une fois par semaine des conférences élémentaires d'obstétrique et se consacre tout particulièrement à l'enseignement de la puériculture qu'il fait à la consultation hebdomadaire des nourrissons. En outre, mes anciens internes, MM. Le Lorier et Chirié, ont bien voulu le premier de 1908 à 1914,

[1] Avec mon maître le professeur Pinard j'ai demandé à la Commission de réformes des études médicales qu'à l'avenir les étudiants en médecine ne puissent faire leur stage dans une Maternité qu'après avoir subi un examen sur les notions d'obstétrique indispensables pour aborder avec fruit la clinique obstétricale; cette obligation est stipulée dans le nouveau régime d'études.

le second en 1913-1914, m'aider à l'enseignement des élèves en faisant chaque semaine une conférence théorique et pratique.

Qu'il me soit permis — ne fût-ce que pour me rappeler des noms familiers souvent répétés lors de l'appel quotidien — de transcrire ici (ainsi que le fait chaque année le professeur Pinard en publiant le Fonctionnement de la Clinique Baudelocque) les noms des internes, aides sages-femmes, externes, docteurs en médecine français et étrangers, stagiaires de la Faculté, qui ont pratiqué des accouchements dans mon service[1] et auxquels j'ai donné, de mon mieux, l'instruction obstétricale.

Année 1898. — *Internes* : MM. Croisier, Sauvage.

Sages-femmes : Mmes Chineau, Cheville, Hébert, Tuppin.

Externes : MM. Beaujard, Furet, Pamart, Néret, Toupet.

Stagiaires : Mme Tylicka, MM. Wibault, Genton, Lefur, Méquet, Gontier, Coudray.

Année 1899. — *Internes* : MM. Sauvage, Mouchotte.

Sages-femmes : Mmes Chineau, Hébert, Joffrin, Vallerie, Pourrain, Picard.

Externes : Toupet, Néret, Wanutbergh, Bour, Leroy.

Stagiaires : MM. Rilhac, Carcassonne, Navarre, Cavart, Cousin, Monnier, Athanasiou, Bize, Gouffier, Lanceplaine, Galant, Bioche, Forné, Hélot, Daubret, Bouy, Beuchet, Napier, Chaker, Dubarry, Danis, Denobilie, Rabaul, Vallet, Fresseix, Heurtel, Jéhanno.

Année 1900. — *Internes* : MM. Mouchotte, Grosse.

Sages-femmes : Mmes Chineau, Joffrin.

Externes : MM. Sentex, Sudaka, Ravary, Chomet, Berthaux, Delacroix.

Stagiaires : MM. Brunet, Napier, Trouvé, Ménessier, Me Stodel, Breger, Meunier, Robin, Ferrant, Lecoq, Hémet, Rouault, Blotin, Baqué, Ravault, Desvignes, Fouqué, Detoc, Veylon, Dauzats, Houselot, Pioro, Demaldent, Tarnaud, Me Rechnewska, Mondin, Lancelin, Lenoir, Vigier, Iribarne, Sanerel, Peyrossier, Pacot, Doazan, Larger, Mannonin, Steiner, Blum, Mionnet, Boyer, Me Chadynska, Me Tchébycheff, Boulonneix, Cau, Vincelet, Colombe, de Valmont.

Année 1901. — *Internes* : MM. Grosse, Le Lorier.

Sages-femmes : Mmes Chineau, Joffrin.

Externes : MM. Chirié, Lelong, Le Loüet, Decreuze, Mignon, Antoine.

Stagiaires : MM. Benelli, Stankiewicz, Néret, Balatre, Thomas, Josso, Brilland, Fackre, Maringer, Lenormand, Boutier, Degardin, de Rocca Serra, Gassot, Caron, Denommé, Delassasseigne, Halyan, Vianey, Mélikian, Dousset, de Robillard, Ariès, Derue, Roubaud, Dupuis, Rigal, Bert, Bazerolle, Clausse, Simart, Coëylas, Puget, Poussardin, Girard, Pellerin, Renouvout, Le Moynier, Sayol, Triffonoff, Berigaud, Remmadier, Fleury, Bachmann, Bourzanquet, Forny, Babier, Hérault, Eyriès, Graillot, Chamaillard, Painton, Fortin, Roger, Bordenau, Péchard, Cretel, Chedevergne, Duplantier, Lainé, de Gebert.

[1] Je ne cite pas les noms des étudiants que j'ai eu comme élèves soit pendant des suppléances dans les hôpitaux (Saint-Louis, Hôtel-Dieu, Tenon, Beaujon), soit pendant les excellentes années passées comme répétiteur et chef de clinique à la Clinique Baudelocque, soit pendant ma suppléance à la Clinique Tarnier.

Année 1902. — *Internes* : MM. Le Lorier, Chevet.

Sages-femmes : M[mes] Chineau, Joffrin.

Externes : MM. Fessart, Billard, Cottard, Lecerf.

Stagiaires : MM. Moreau, Fréchou, Privat, Jochkevitch, Ely, Terrier, Charpy, Perrier, Economon, David, Quiou, Sercoufon, Besse, Berthés, Ardelouze, Roblot, Macochain, Nacgefin, Hébert, Bioche, Madeleine, Lefièvre, Caracanda, Baudrand, Tostivent, Duchêne d'Abbadie, Blanc, Laigre, Vésigné, Henard, Aveline, Guiot, Demarqué, Courtois, Bruneau, Sallé, Talon, Linard, Lemeur, M[e] Volovatz, Vassiloki, Orthez, Baillière, Martin, Coignot, Clergier, Perrotin, Lambert, Nicoud.

Année 1903. — *Internes* : MM. Caldaguès, Chevet.

Sages-femmes : M[mes] Chineau, Joffrin.

Externes : MM. Dinet, Cottard, Billard, Lecerf, Fessart.

Stagiaires : MM. Hély, Feyzeau, Perotte, Simonet, Baillère, Miard, Sauvageot, Martin, Nicot, Druhen, Cazemajour, Lambert, Lecomte, Clémenceau, Maillard, Bardin, Bordeaux, Bignard, Droin, Ledroit, Sari, Casalta, Jacquot, Gorden, Nicolas, Karoly, Desner, Kervilly, Johanno, Omiecinski, Noel, Torchaussée, Christin, Branellec, Angelès, Honoré, Papamakariou, M[e] Grandjean.

Année 1904. — *Internes* : MM. Lecornu, Chirié.

Sages-femmes : M[mes] Chineau, Le Du.

Externes : MM. Regnard, Berniolle, Billaudet, Woimant, Poisson.

Stagiaires : MM. Bouygues, Favrot, Malaquin, Lerizeb, Moreau, Auzols, Desgcorges, Gorlot, Rallier, Marchand, Hardyan, Jamain, Combres, Fabre, Lesieur, Dubreuil, Jeannel, Altoff, Serres, Guermarquer, Laureau, Jesson, Wormier, Galaud, Sauger, Chapotin, Lavillette, Labbé, Boisseau, Meusnier, Roussy, Wagon, Lambert, Tardif, Lefèvre, Trêves, Vézard, Photinos, Pickewitch, Mary, Delouvrier, Giron, Rasis, Berthommier, Bourrelet.

Année 1905. — *Internes* : MM. Chazarin, Brulé.

Sages-femmes : M[mes] Chineau, Le Du.

Externes : MM. Gaudelet, Séjournet, Portocalis, Levasseur.

Stagiaires : MM. de Lair, Allens, Dupont, Perdoux, Tixier, Maigret, Dodcuil, Fortin, Hours, Fau, Bertrand, Verny, Pascal, Laganne, Richoux, Court, Soulac, Saias, Ducourneau, Levasseur, Sayannos.

Année 1906. — *Internes* : MM. Brulé, Scheffer.

Sages-femmes : M[mes] Chineau, Robichon.

Externes : MM. Duvoir, Cordouan, Baudouin, Rouyer.

Stagiaires : MM. Berger, Vidal, Barthélemy, Beaujeu, Le Mere, Bernard, Péronneau, Munier, Martinguy, Perrier, Sassani, Du Castel, Géry, Moreau, Brissot, Tissier, Aussourd, Bordes, Caiflod, Saurel, Molinié, Colard, La Laurencie, Thomas, Boisson, Batigne, Montagu, Rosselin, Nirondot, Petitjean, Chemin, Lagarde.

Année 1907. — *Internes* : MM. Bressy, Charrier, Brac.

Sages-femmes : M[mes] Chineau, Pichou.

Externes : MM. Thomas, Streleski, Le Cointe.

Stagiaires : MM. Peyé, Cambornac, Bourges, Torro, Serbouce, Cadeau, Mitrany, Matteau, Decourtoux, Charrière, Klein, Mutel, Halen, Joltrain, Olivier, Cottenet, Cobrel, Rouy, Surrel, Benoir, Barnaupès, Pons, Testard, Palazzoli, Minvielle, Carle, Briant, Laclyde, Lemasson, Besnier, Bouvier, Grandin, Didet, Realier.

Année 1908. — *Internes* : Me Debat-Ponsan, Pottet.

Sages-femmes : Mmes Chineau, Pichou, Ratton, Flamand, Loudig.

Externes : MM. Le Cointe, Boulard Vilatte, Porcheron.

Stagiaires : MM. Fidao, Carlo, Perrin, Rocca-Serra, Laclyde, Lemasson-Belalande, Briault, Testard, Teulière, Gallachou, Couchoud, Bourse, Graziani, Roussel, Couturier, Mauran, l'Hoste, Leroy, Houy, Farcy, Villard, Morny, Tison, Alexandre, Gancea, Cavaroz, Yuzbochian, Bonzel, Dupradeau, Lissonde, Béal, Lesieur, Blacher, Ballavoine, Aribert, Me Drosio.

Année 1909. — *Internes* : MM. Pottet, Willette.

Sages-femmes : Mmes Chineau, Pichou, Loudig.

Externes : MM. Strauss, Gerber, Teyssier, Lefebvre, Foisy, Oudart, Verdier.

Stagiaires : MM. Ballavoine, Lévy, Parent, Renaud, Tiffeneau, Dupradeau, Prin, Sigwalt, Becourt, Berger, Catrice, Erroux, Gendron, Gillet, Le Gillon, Raphaël, Ullmann, Vacher, Delpy, Tripier, Queste, Butel, Boutet, Lanzenberg, Lebas, Chomanet, Gluge, Belavergne, Branchu, Bertrand, Thibaut, Avinin, Pasquet, Belpy.

Année 1910. — *Internes* : MM. Willette, Fouquiau.

Sages-femmes : Mmes Chineau, Cécire, Loudig.

Externes : MM. Coudray, Boulan, Lefèvre.

Stagiaires : MM. Courbe, Blanco, Me Bobkéwitch, Breitmann, Pérelman, Porcheron, Naguin, Dumouchel, Bernard, Tostain, Me Fertych, Niepce, Beix, Guerbet, Me Sokoloff, Detape, Jallet, Vicat, Gautier, Avezou, Pépin, Bachy, Corbineau, Astruc, Guinaud, Alisch, Maugès, Cotineau, Brot, Me Rodowski, Desplantez, Salmont.

Année 1911. — *Internes* : MM. Fouquiau, Couinaud.

Sages-femmes : Mmes Chineau, Loudig, Linière, Migaire.

Externes : MM. Schmutz, Devilliers, Cousin, Greffier de Rellecombe.

Stagiaires : MM. Babin, Géhart, Bayot, Marquet, Liénard, Desauge, Palliès, Gendronneau, Bougault, Mégin, Maugis, Calvet, Leroux, Me Dombrowski, Mabille, Boussaguet, Mercier, Chenut, Latour, Berrut, Rochide, Lucas, Masmonteil, Bergeron, Chamaillard, Coudray, Bubois, Fournier, Gauthier, Lugnier, Muguet, Perradon, Roquet, Saugeron, Buchère, Maurel, Bujaric, Me Macarowitch, Avelin, Menville, Faivre, Me Bitchowsky, Liberge, Lavergne, Gilles.

Année 1912. — *Internes* : MM. Couinaud, Vaudescal.

Sages-femmes : Mmes Chineau, Loudig, Joulie, Migaire.

Externes : MM. Hiblot, Gauchon, Montier, Meugé.

Stagiaires : Perradon, Andréoli, Peyret, Sarrazin, Rambault, Bompland, Fornairon, Manès, Téphany, Desplantez, Madin, Chambas, Béchamp, Chamorro, Fournier, Jalbaud, Gatineau, Brault, Hémery, Gauthier, Lespinasse, Décrop, Ferry, Colombe, Olive, Collins, Brabander, Alberstad.

Année 1913. — *Internes* : MM. Vaudescal, Couinaud, Ducastaing.

Sages-femmes : Mmes Chineau, Joulie, Guillaume, Daudé.

Externes : MM. Quillard, Allot, Benoist, Garnier, Brunot, Me Moiroud, Vallière, Pierson.

Stagiaires : MM. Pinart, Jousselin, Redu, Chazallet, Pouget, Husson, Grutzhaendler, Resnier, Blumtzwerg, Neuberger, Arcé, Vidal, Me Ilock, Roucher, de Butler, Favcret, Dumesnil, Blanches, Perrin, Marie, Ohaniang, Robin, Binet, Younès, Journeault, Lemoine, Fouré, Troncy, Bayot, Salmont, Me Schapiro, Pothau, Foubert, Me Roussanoff, Ramadier, Chaffaut, Tribout, Bonnamour, Me Rozanoff, Me Trouveller.

Je serais ingrat en ne rappelant pas ici les noms des élèves ou des confrères qui ont bien voulu remplir les fonctions de *chefs de laboratoire* dans mon service et m'aider au traitement des femmes par les recherches courantes de biologie et d'anatomie pathologie. Ce sont MM. Bize, Beaujard, Carton, Lima, Jamain, Le Cointe, Devillers, L. Rol.

Cours de perfectionnement fait aux sages-femmes a la maternité de Beaujon.

(Octobre 1913.)

Grâce à la bienveillance de mon maître et ami le professeur Ribemont-Dessaigne et à la collaboration de la sage-femme en chef de la Maternité de Beaujon, Mlle Lascaud, j'ai pu réaliser le projet que j'avais formé depuis longtemps de faire, pour les sages-femmes ayant terminé leurs études depuis quelques années, des conférences de perfectionnement. Dans ces conférences j'ai eu un double but : exposer l'état actuel de certaines questions de pratique obstétricale et faire connaître des méthodes nouvelles de diagnostic, par exemple celles de Fieux et Mauriac et d'Abderhalden pour le diagnostic de la grossesse.

Voici les principales questions traitées dans ces conférences :

De la pratique actuelle de l'antisepsie et de l'asepsie en obstétrique.

Du diagnostic de la grossesse par les méthodes biologiques.

Du diagnostic de la grossesse extra-utérine.

Des notions modernes sur les intoxications du début et de la fin de la grossesse. Déductions thérapeutiques.

Du traitement local et général des hémorragies pendant la puerpéralité. — Transfusion directe d'artère à veine.

Les phlébites puerpérales.

Traitement actuel des infections puerpérales.

Notions de puériculture.

Principales lois sociales (loi Roussel, loi Strauss) concernant l'obstétricie. Les Mutualités maternelles. — Les cantines maternelles.

Les œuvres de défense professionnelle et de prévoyance (caisse de retraites) pour les sages-femmes.

PUBLICATIONS DIVERSES

PRÉCIS D'OBSTÉTRIQUE

(En collaboration avec M. le professeur A. Ribemont-Dessaignes.)

Cet ouvrage est le seul Traité d'accouchements qui ait eu un nombre aussi grand d'éditions, comme on peut en juger par l'énumération suivante :

1re édition, parue le 1er juin 1893 (1324 pages et 476 figures).

Ce livre, qui a été présenté à l'Académie de médecine par le professeur Tarnier, y a été récompensé par une fraction du *prix Saintour* et a été également récompensé à la Faculté de médecine de Paris par une partie du *prix Châteauvillard*.

2e édition, parue le 1er janvier 1896 (1294 pages et 548 figures).

Dans la deuxième édition, nous avons utilisé en divers chapitres les chiffres fournis par les statistiques annuelles de la Clinique Baudelocque.

Cette seconde édition a été traduite *en espagnol* par le Dr Antonio Fernandy Chacon (de Madrid).

3e édition, parue le 15 juillet 1897 (1395 pages et 590 figures).

Cette édition comprend une partie supplémentaire résumant les principales notions de tératologie.

4e édition parue en 1899.

5e édition parue en 1900. (Un second tirage de cette édition a été fait en 1902.)

6e édition parue en 1903.

Un second tirage de cette édition a été fait en 1907.

7e édition parue en 1910.

8e édition (vient de paraître) (1560 pages et 587 figures).

Cette dernière édition a été profondément remaniée et mise au courant des découvertes récentes faites en biologie et de leurs applications à l'obstétrique; elle est publiée sous le nom de *Traité d'obstétrique*.

TRAITÉ PRATIQUE D'ANTISEPSIE OBSTÉTRICALE

Ce traité fait partie d'un ouvrage publié en collaboration avec mes collègues P. Le Gendre et Barette et qui porte le titre de *Traité pratique d'antisepsie appliquée a la thérapeutique et à l'hygiène* (Médecine-Chirurgie-Obstétrique). Chez G. Steinheil, Paris, 1888 (*prix Chateauvillard*, 1889).

Cet ouvrage a paru à une époque où l'application des méthodes pastoriennes à la pratique médicale était de date récente et où il était intéressant de vulgariser et de préciser la méthode antiseptique. Voici le résumé des différents chapitres contenus dans ce travail :

Importance de l'antisepsie obstétricale en général ; elle doit être prophylactique et curatrice.

Des précautions à prendre par les médecins et sages-femmes qui assistent à l'accouchement et par les personnes qui donnent des soins aux accouchées. Désinfection des mains.

Principaux antiseptiques employés en obstétrique.

Antisepsie de l'arsenal obstétrical : canules vaginales, sondes intra-utérines, instruments divers.

Technique des injections vaginales, des injections intra-utérines, des irrigations intra-utérines et prolongées.

Mesures antiseptiques à prendre dans l'avortement sans complication. Traitement antiseptique des complications de l'avortement : hémorragies, septicémie, rétention du placenta, curage et écouvillonnage de l'utérus.

De l'antisepsie pendant la grossesse. Traitement antiseptique des écoulements vaginaux et des végétations chez la femme enceinte.

De l'antisepsie pendant le travail.

Antisepsie pendant la période de délivrance.

Traitement antiseptique des lésions vulvo-vagino-périnéales qui se sont produites pendant le passage du fœtus.

Traitement des lésions du vagin. La suture immédiate des plaies vulvo-vagino-périnéales qui, à cette époque, n'était pas encore entrée dans la pratique courante, est conseillée.

De l'antisepsie dans les interventions obstétricales.

De l'antisepsie pendant les suites de couches : toilettes vulvaires ; injections vaginales ; injections intra-utérines.

Traitement antiseptique des lymphangites du mamelon.

Traitement antiseptique des septicémies puerpérales : injections vaginales, irrigation vaginale continue ; injections intra-utérines répétées ; drainage utérin ; irrigation utérine continue ; mesures générales de désinfection lorsque l'accouchée a présenté des symptômes d'infection.

Antisepsie du nouveau-né : pansement du cordon ombilical ; pansement des plaies produites pendant l'accouchement ; traitement prophylactique et antiseptique de l'érisypèle du nouveau-né ; traitement prophylactique et antiseptique de l'ophtalmie purulente du nouveau-né.

Antisepsie et hygiène de l'allaitement.

Traitement antiseptique des lymphangites du sein.
Traitement prophylactique et antiseptique des abcès du sein.
Précautions à prendre pour l'allaitement artificiel.
Antisepsie et hygiène dans les Maternités. Une Maternité doit être construite en dehors de l'hôpital, ou tout au moins isolée dans une partie de l'hôpital. Projet de maternité modèle.
Soins antiseptiques et hygiène dans les principales Maternités de Paris.

De 1884 à 1891, collaboration scientifique au Concours médical dans lequel j'ai publié un certain nombre de revues ayant surtout trait à la pratique obstétricale et parmi lesquelles je citerai :

Année 1885. — Le basiotribe Tarnier.

Année 1886. — Du cancer utérin pendant la grossesse et l'accouchement.
Conduite à tenir dans la rétention du placenta après l'avortement.
Des rapports du diabète avec la vie utérine, la menstruation et la grossesse.
Irrigation continue comme traitement des infections puerpérales.
Traitement des gerçures du sein.
Dilatation préfœtale de la vulve.

Année 1887. — Syphilis et allaitement.
Opération césarienne.
Version par manœuvres externes.
Traitement de l'endométrite.
Couveuse et gavage.
Version par manœuvres mixtes.

Année 1888. — Des moyens de provoquer l'accouchement. — Analgésie chloroformique pendant le travail.
Conduite à tenir dans les rétrécissements du bassin.
De l'embryotomie rachidienne.
Des présentations de l'épaule et de leur traitement.
Méningite tuberculeuse et grossesse.
Diagnostic des présentations et des positions par le palper pendant la grossesse.
L'infection puerpérale.

Année 1890. — Antisepsie obstétricale.
Dystocie causée par le siège décomplété.
Grossesse extra-utérine.
Version bipolaire.

Année 1891. — Des indications de l'application du forceps.
Albuminurie et éclampsie puerpérales.
Version par manœuvres internes.
Règles générales de l'application de forceps.
Le ballon Champetier de Ribes.

Pratique médico-chirurgicale, publié par les professeurs Brissaud, Pinard, Reclus.

J'ai été chargé dans cette publication de la rédaction des articles suivants :

Accouchement provoqué. — Avortement thérapeutique. — Bassin (relâchement des symphyses du). — Choléra et grossesse. — Chorée et grossesse. — Cœur et grossesse. — Déchirures vulvo-vagino-péritonéales. — Diabète et grossesse. — Fièvre typhoïde. — Forceps. — Goitre, goitre exophtalmique et grossesse. — Levier. — Palper abdominal. — Pneumonie et grossesse. — Pyélonéphrite. — Varices. — Variole. — Tabagisme. — Traumatisme et grossesse.

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

TRAVAUX D'OBSTÉTRIQUE

Sous ce titre, j'ai réuni les principales publications faites par moi sur l'obstétrique. Il est possible que quelques-unes d'entre elles ne fassent que refléter ou confirmer l'enseignement précieux que j'ai reçu de mes deux maîtres dans l'art obstétrical auxquels je suis heureux d'exprimer ici ma cordiale gratitude : le professeur Pinard dont j'ai commencé à être l'élève en 1884, et le professeur Ribemont-Dessaignes dont j'ai été l'assistant après ma nomination d'accoucheur des hôpitaux, et avec lequel, depuis 1890, j'ai collaboré d'une manière presque constante à la rédaction et à la révision du *Précis d'Obstétrique*.

Pour rendre plus facile à lire le résumé de ces travaux, je les ai rangés par lettre alphabétique d'après le sujet traité.

ACHONDROPLASIE

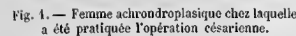
Achondroplasie chez un fœtus extrait par opération césarienne chez une femme achondroplasique.

(*Soc. d'Obst., de Gyn. et de Pæd.* de Paris, 19 Nov. 1904.)

Ce travail est basé sur l'observation d'une *femme achondroplasique*, chez laquelle (fig. 1) par opération césarienne je pus extraire en 1904 un enfant qui présentait des déformations semblables à celles de sa mère; tête

volumineuse, membres d'une brièveté manifeste, surtout au niveau des humérus et des fémurs. J'ai revu, le 28 mai 1914, cette enfant qui est de petite taille (1ᵐ,05) et présente une ressemblance complète avec sa mère au point de vue de son habitus extérieur et de l'arrêt de développement de ses




Fig. 1. — Femme achondroplasique chez laquelle a été pratiquée l'opération césarienne.

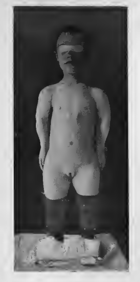


Fig. 2. — Fillette de 10 ans qui présente les mêmes déformations osseuses que sa mère (fig. 1).

membres (fig. 2). La mère s'est malheureusement refusée à laisser photographier les membres inférieurs de sa fille.

Cette observation est un fait rare d'*hérédité de l'achondroplasie* signalée par le professeur Pierre Marie (*Presse Médicale*, 14 Juill. 1900), qui conclut de 3 observations (Porak, Baldwin, Boeckh) que « l'achondroplasie peut être une affection héréditaire ».

Il semble, d'après les clichés radiographiques faits par Infroit (dont un est représenté fig. 3), qu'en l'absence de cartilages de conjugaison et de la

soudure des épiphyses à la diaphyse, ce cas appartient à la variété d'achondroplasie héréditaire ethnique, signalée par A. Poncet et R. Leriche et qui,



Fig. 5. — Radiographie montrant la position élevée de la tête du péroné par rapport au plateau tibia chez la femme photographiée fig. 1.

d'après ces auteurs, serait constituée « par le rappel atavique d'un type de Pygmées qui aurait disparu de nos régions environ depuis le milieu de l'ère chrétienne ».

ALLAITEMENT

Du pansement antiseptique du mamelon au début de l'allaitement.

(Communication à la *Société de medecine publique et d'hygiène professionnelle* 24 Janvier 1894)

Après avoir rappelé combien sont fréquentes, surtout dans les Maternités, les élévations de température chez les accouchées par suite de complications mammaires, j'insiste sur la nécessité de la désinfection de la région mamelonnaire avant la première tétée et sur le pansement des

plaies du mamelon avec des compresses imbibées de la mixture suivante :

Glycérine.	500 gr.
Eau stérilisée.	450 »
Alcool.	50 »
Biiodure de mercure	0 gr. 10
Iodure de potassium.	Q. s.

Chez des femmes observées dans une même salle de la Clinique Baudelocque, la morbidité maternelle totale avait été de 18,05 pour 100 alors qu'on employait le pansement des seins avec la solution boriquée, elle est tombée à 7,50 pour 100 après usage de la solution hydrargyrique.

Le pansement du mamelon avec une solution de sublimé avait été employée dès 1889 par Tarnier ; les résultats obtenus avaient été publiés dans la thèse de son élève Pingat (*Thèse* Paris, 1891).

Recherches sur l'allaitement maternel pendant les jours qui suivent la naissance.

Dans sa thèse, faite sous notre direction à la Clinique Baudelocque, Mme Dluski (1894) a étudié l'allaitement au sein chez les femmes pendant leur séjour à la Clinique.

Sur 500 femmes il n'en est pas une chez laquelle la sécrétion lactée ait fait complètement défaut, 99 fois sur 100 la femme put allaiter son enfant.

Pendant les six mois de l'année 1895, pendant lesquels nous avons eu la direction de la Maternité de l'Hôtel-Dieu-Annexe, nous avons continué à nous occuper des questions concernant l'allaitement et consacré quinze leçons aux différentes méthodes d'allaitement des nouveau-nés ; nous avons fait des recherches sur la déperdition de poids maxima, sur l'augmentation quotidienne des enfants suivant que leur mère allaitait ou non pour la première fois, etc. Le résultat de ces recherches a été consigné dans la thèse du docteur Héry (*Thèse* Paris, 1897), et dans une communication faite par nous à la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle (mai 1897).

Les conclusions de cette communication étaient les suivantes :

L'allaitement au sein par la mère doit être la règle ; on ne doit recourir à l'allaitement artificiel que lorsque la femme présente une tare pathologique qui contre-indique l'allaitement.

Toute femme saine peut allaiter son enfant ; il est utile que lorsqu'elle

allaite pour la première fois, elle ne recourre pas trop tôt à l'allaitement mixte.

Il est tout à fait exceptionnel qu'une femme chez laquelle l'allaitement est bien dirigé ne soit pas une nourrice suffisante pour son enfant pendant les premières semaines et même pendant les premiers mois.

Nous serions tentés aujourd'hui de modifier cette dernière conclusion; car, malgré une direction rationnelle de l'allaitement, nous avons vu un certain nombre de femmes parisiennes devenir assez rapidement des nourrices insuffisantes ou fournir du lait qui est moins bien digéré par le nourrisson que le lait de vache de très bonne qualité. Il est probable que ces échecs de l'allaitement maternel tiennent à un état général défectueux de la nourrice et à une existence trop civilisée.

Petite tumeur du mamelon rendant la succion impossible. Ablation. Guérison.

(*Soc. d'Obst., de Gyn. et de Pæd.*, Nov. 1905.)

Chez une primipare il existait à la partie interne et moyenne du mamelon une tumeur pédiculée, molle, indolente qui, beaucoup plus saillante que le mamelon, empêchait l'enfant de prendre celui-ci. Malgré les tentatives faites pendant plusieurs jours pour faire téter l'enfant, celui-ci n'arrivait à mettre dans sa bouche que la tumeur.

Je pratiquai l'ablation de ce papillome, ce qui permit à l'enfant de prendre le mamelon et d'être allaité par sa mère dans de bonnes conditions.

ANESTHÉSIE

Utilité de l'anesthésie chloroformique chez les femmes en travail ayant un bassin rétréci.

(*Soc. d'Obst., de Gyn. et de Pæd.*, Avril 1909.)

La conduite à tenir pendant le travail chez les femmes ayant un bassin rétréci devient d'autant plus délicate que les moyens à employer pour lutter contre la dystocie sont plus nombreux; si l'opération césarienne peut être faite sans hésitation lorsque l'indication en est nettement posée et que les circonstances sont favorables, il est de nombreux cas dans lesquels l'embar-

ras est extrême, surtout chez les primipares en raison de la difficulté qu'on éprouve à explorer le bassin et à se rendre compte des rapports de volume entre la tête du fœtus et le bassin.

L'expectation est sans doute un bon moyen d'apprécier ces rapports, mais elle a l'inconvénient d'amener à ne faire l'opération césarienne qu'à une époque tardive du travail, et par conséquent à un moment où elle peut faire courir des dangers assez sérieux à la femme. Quelque habitude qu'on ait du palper mensurateur, il ne permet pas toujours, même au cours du travail, de porter un pronostic absolument exact, surtout si la femme a des contractions utérines douloureuses ou si l'examen fait par le vagin étant pénible, la femme ne se laisse pas examiner d'une façon suffisante. Il est indiqué, dans ces cas difficiles, de recourir dès le début ou au cours du travail à l'examen sous anesthésie générale. On arrive ainsi parfois à rectifier une impression première obtenue à l'aide du palper mensurateur pratiqué sans anesthésie.

APPENDICITE

Un cas de mort par appendicite pendant les suites de couches.

(*Soc. d'Obst., de Gyn., de Pæd.*, 9 Mars 1903.)

Une femme, enceinte pour la quatrième fois, est prise, le troisième jour après un accouchement normal, de douleurs abdominales siégeant au niveau de la fosse iliaque droite. Elle présente les jours suivants des accidents qui permettent de poser le diagnostic d'appendicite. 10 jours après l'accouchement, tout semble être rentré dans l'ordre. La température et le pouls sont à peu près normaux.

Une nouvelle poussée se fait du 17ᵉ au 20ᵉ jour : il se produit à nouveau une chute de température ; puis, brusquement, se déclarent des phénomènes de péritonite suraiguë qui nécessitent une intervention *in extremis* faite par Walther.

D'après les lésions constatées au cours de l'intervention, il semble que les accidents ont été causés par des lésions appendiculo-annexielles qui ont causé la péritonite lorsque l'utérus, en se rétractant et en redevenant organe intrapelvien, a tiré sur les adhérences qui reliaient les annexes à l'appendice.

Une laparotomie exploratrice, faite plus tôt, aurait sans doute permis de constater qu'il y avait des lésions annexielles et utérines, et aurait probablement conduit à l'ablation de l'utérus.

AVORTEMENT

A différentes reprises, dans les Fonctionnements de la Clinique Baudelocque et dans le *Précis d'Obstétrique*, j'ai insisté sur les inconvénients qu'il y avait à conserver cette dénomination et à l'appliquer à des faits très dissemblables comprenant l'avortement criminel, l'expulsion d'un œuf arrêté dans son développement, l'expulsion d'un œuf vivant. C'est parce que cette appellation trop générale subsiste qu'on a tant discuté sur le pronostic et la conduite à tenir dans des faits très différents ; en outre il y a un intérêt très grand, au point de vue des conseils à donner lors de grossesses ultérieures à préciser si l'œuf a été expulsé vivant ou, au contraire, arrêté dans son développement. En réalité, il faudrait :

1° Réserver le nom d'avortement aux cas dans lesquels il y a eu intervention médicale ou autre pour amener l'expulsion de l'œuf et distinguer : *a*) l'*avortement thérapeutique* (Pinard) destiné à sauvegarder la vie d'une femme menacée par des complications de la grossesse ; — *b*) l'*avortement criminel*.

2° Désigner sous le nom d'*expulsion prématurée* les cas où l'œuf est expulsé vivant et sous la dénomination d'*expulsion d'un œuf mort* ceux où l'embryon ou le fœtus ont succombé un certain temps avant d'être expulsés.

De l'insécurité du curettage instrumental dans la rétention placentaire post abortum.

(*Ann. de Gyn. et d'Obst.*, Juin 1906.)

L'accord est à peu près fait, sauf quelques variantes, sur les indications opératoires dans la rétention placentaire *post abortum* ; cet accord est moins complet lorsqu'il s'agit de savoir de quelle manière on doit procéder à l'évacuation de l'utérus.

Les uns préfèrent se servir de la curette qui donne de si bons résultats, en pareil cas, lorsqu'il existe des accidents fébriles. Les autres redoutent plus ou moins l'emploi des instruments métalliques et conseillent de pratiquer le curage digital, c'est-à-dire, après avoir dilaté artificiellement le canal cervical, d'aller avec le doigt décoller le tissu placentaire adhérent ou non à la paroi utérine.

Sans entrer dans la discussion des arguments invoqués en [faveur de

ces deux méthodes, j'ai pensé qu'il était utile de publier des observations dans lesquelles, malgré le curage instrumental fait par des mains cependant expérimentées, il était resté dans la cavité utérine partie ou même totalité du placenta.

J'ai ainsi montré que le curettage instrumental ne donne pas de sécurité en ce sens qu'un opérateur ne peut affirmer, quelle que soit son habileté, qu'il n'a pas laissé dans la cavité utérine une partie du placenta.

Ces faits sont cependant assez nombreux si l'on en juge, non seulement par les observations rapportées dans ce travail, mais aussi par les résultats, publiés dans sa thèse par mon élève Goilot, de l'enquête faite auprès de différents chefs de service parisiens, accoucheurs ou chirurgiens.

Il ne faut cependant pas pour cela, malgré son action incertaine, renoncer à l'usage de la curette qui est surtout précieuse dans les cas de rétention partielle du placenta dans les deux premiers mois de la grossesse; mais il ne faut pas oublier que le curage digital seul permet d'affirmer qu'il ne reste aucun débris dans la cavité utérine; aussi est-il sage, si l'on ne recourt pas d'emblée au doigt pour évacuer la cavité utérine, et comme l'ont d'ailleurs recommandé depuis longtemps Chaleix-Vivie et Audebert, de contrôler avec le doigt s'il ne reste pas de débris placentaires dans la cavité utérine.

Conduite à tenir dans les accidents consécutifs à l'avortement.

(Communication au *XVII*e *Congrès international des Sciences médicales, Londres,* Août 1913.)

Il y a quelques années, les accoucheurs semblaient d'accord pour intervenir lorsque, après un avortement, il se produisait des accidents fébriles : le traitement consistait à vider la cavité utérine, renfermant partie ou totalité du placenta, par curage digital ou par curettage instrumental; lorsque, après évacuation de la cavité utérine, les accidents fébriles persistaient ou apparaissaient, on avait recours aux lavages intra-utérins, puis au curettage.

Depuis quelques années, l'accord des accoucheurs, qui persiste en ce qui concerne l'utilité d'évacuer l'utérus, n'est plus aussi unanime sur le traitement des accidents fébriles : quelques-uns considèrent que, dans nombre de cas, la femme, qui la plupart du temps a eu recours à des manœuvres criminelles, a d'autant plus de chances de guérir que l'on s'abstient de toute intervention active : celle-ci aurait l'inconvénient de transformer en infection généralisée une infection qui souvent n'est que

locale. Il y a une certaine tendance à proscrire ou à restreindre les indications du curettage instrumental, comme l'on a restreint avec raison celles de la même intervention dans les accidents fébriles qui suivent l'accouchement à terme.

Les faits que j'ai observés ne me permettent pas d'adopter cette manière de voir. S'il y a doute sur la vacuité complète de l'utérus, je considère comme important de l'évacuer, soit à l'aide du doigt, soit avec la curette. De plus, même lorsque la délivrance paraît complète, il y a souvent indication à nettoyer la cavité utérine à l'aide de la curette, lorsque les lavages intra-utérins n'amènent pas la cessation de la fièvre.

En m'appuyant sur les résultats observés sur 379 femmes entrées à la Maternité de Boucicaut pour avortement pendant quatre années (1908-1911), j'arrive aux conclusions suivantes :

1° Dans la très grande majorité des cas, l'expulsion de l'œuf, dans les premiers mois de la grossesse, résulte de manœuvres abortives. Le diagnostic de ces manœuvres est difficile lorsque la femme se refuse à toute confidence : il a cependant une grande utilité puisque le pronostic et la conduite à tenir diffèrent sur certains points, suivant qu'il y a eu ou non manœuvres criminelles.

2° Lorsque l'*avortement n'est pas dû à des manœuvres*, le pronostic est bénin, à moins qu'une infection générale, telle que la fièvre typhoïde, une maladie éruptive, ne soit la cause de l'expulsion de l'œuf. Si l'avortement se fait en deux temps et s'il n'y a ni fièvre, ni hémorragie, l'expectation peut être assez prolongée.

3° Elle doit être beaucoup plus courte toutes les fois où l'*on soupçonne des manœuvres abortives*, et *a fortiori*, lorsqu'on a la certitude qu'il y a avortement criminel ; cependant assez souvent le décollement et l'expulsion du placenta s'accompagnent de symptômes fébriles qui disparaissent lorsque l'utérus s'est spontanément vidé. On peut aider à l'expulsion en donnant du sulfate de quinine à la dose d'un gramme par jour ; ce médicament suffit quelquefois pour réveiller la contraction utérine et amener l'expulsion du placenta.

4° Si cette médication est inefficace, s'il survient des phénomènes d'hémorragie ou d'infection, il faut procéder à l'évacuation de l'utérus par curage digital ou par curage instrumental dont les effets sont contrôlés à l'aide du doigt explorateur.

5° En présence d'une femme qui a fait un avortement complet, ou chez laquelle on a procédé à l'évacuation de la cavité utérine, on doit, en cas d'accidents fébriles, recourir aux injections intra-utérines répétées, drainer

au besoin la cavité utérine, mais il faut assez rapidement recourir au curettage. Toutefois, il faut s'abstenir de recourir au curettage lorsqu'il existe déjà des phénomènes de réaction du côté des annexes, de l'utérus, et *a fortiori*, du côté du péritoine.

6° La colpotomie peut être utile dans les cas où il existe une collection purulente, ou séro-purulente, dans le Douglas. On peut de même être amené à drainer le péritoine en cas de péritonite nettement confirmée.

Les indications de l'hystérectomie, vaginale ou abdominale, sont tout à fait exceptionnelles. Dans la pluralité des cas, le traitement local est suffisant, sans qu'il soit besoin de recourir à une opération radicale; mais ce traitement local doit être employé de bonne heure.

7° Sur 370 femmes entrées à la Maternité de Boucicaut, pour avortement et ayant été traitées d'après ces principes, la mortalité globale a été de 1,62 pour 100 : chez les femmes n'ayant eu besoin d'aucune intervention, la mortalité a été de 0,39 pour 100 ; chez celles pour lesquelles les accidents ont obligé à recourir au curage, au curettage ou à d'autres interventions, la mortalité a été de 4 pour 100.

Il faut d'ailleurs n'accorder qu'une valeur relative aux chiffres statistiques en pareille matière; car souvent le pronostic dépend moins de la conduite tenue que de l'état dans lequel se trouve le femme au moment de son admission dans une Maternité et de la manière plus ou moins septique dont ont été pratiquées les manœuvres abortives.

CORDON

Mort du fœtus par arrachement des vaisseaux du cordon pendant le travail.

(*Soc. d'Obst., de Gyn. et de Pæd.*, Janvier 1901, en collaboration avec M. Grosse.)

Il ne s'agit pas d'une déchirure des vaisseaux ombilicaux errant sur les membranes, comme dans l'observation classique de Benckiser : l'hémorragie était due d'une part à la déchirure des vaisseaux du cordon au moment où il abordait le placenta, et à des solutions de continuité observées sur les vaisseaux qui ont été arrachés de la surface du placenta (fig. 4).

Ces lésions rares sont dues probablement à ce qu'il s'agissait d'une femme qui n'était enceinte que de 6 mois 1/2 au plus et chez laquelle par conséquent les vaisseaux n'avaient pas la résistance qu'ils présentent à terme.

De plus le placenta était *bordé* ; on peut se demander si ce n'était pas là une autre cause de moindre résistance des vaisseaux.

La déchirure des vaisseaux du cordon, suffisante pour amener une hémorragie mortelle pour le fœtus, peut se produire :

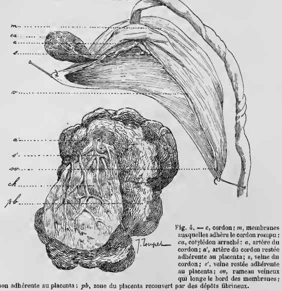


Fig. 4. — *c*, cordon ; *m*, membranes auxquelles adhère le cordon rompu ; *ca*, cotylédon arraché ; *a*, artère du cordon ; *a'*, artère du cordon restée adhérente au placenta ; *s*, veine du cordon ; *s'*, veine restée adhérente au placenta ; *ov*, rameau veineux qui longe le bord des membranes ; *ch*, cloison adhérente au placenta : *pb*, zone du placenta recouvert par des dépôts fibrineux.

1° Lorsqu'il y a insertion vélamenteuse. 2° Lorsque le cordon s'insère en raquette.

Il faut rapprocher de cette dernière insertion les cas comme le nôtre, où le cordon aborde le placenta à 4 ou 5 centimètres du bord, mais où le placenta est bordé, c'est-à-dire que la zone située en arrière de l'insertion du cordon est dépourvue de membranes.

L'arrachement du cordon, ainsi disposé, crée une hémorragie rapidement mortelle pour le fœtus ; de plus, elle explique que dans ces cas exceptionnels,

le cordon, accompagné des seules membranes, puisse rester dans les doigts de l'accoucheur alors que celui-ci n'a cependant exercé que des tractions prudentes sur le cordon pendant la période de délivrance.

Valeur clinique des battements du cordon procident.

(*Soc. d'Obst., de Gyn. et de Pæd.*, 11 Janv. 1904.)

Les battements peuvent disparaître dans un cordon procident sans que l'on puisse conclure d'une manière absolue que l'enfant a cessé de vivre, et qu'il ne peut être ranimé. C'est ainsi qu'ayant pu ranimer, après extraction, un fœtus qui se présentait par le siège et chez lequel les battements avaient cessé dans le cordon depuis quelques minutes, j'ai conclu que la cessation des battements, en dehors de la contraction utérine, dans le cordon procident n'implique pas nécessairement la mort du fœtus. Pour qu'elle ait une valeur diagnostique absolue, il faut qu'elle soit constatée pendant un certain temps.



Fig. 5. — *pl*, placenta appliqué sur le dos du fœtus; *tf*, tête du fœtus; *s*, siège du fœtus.

Œuf expulsé en bloc pendant le cinquième mois de la grossesse. Placenta appliqué contre le dos du fœtus. Brièveté accidentelle du cordon.

(*Soc. d'Obst., de Gyn., de Pæd.*, 9 Mars 1905.)

L'intérêt de cette pièce réside surtout dans ce fait que, après avoir enlevé de l'œuf ainsi expulsé le chorion doublé de la caduque, on voit par transparence, à travers l'amnios et le liquide amniotique, un fœtus dont les membres inférieurs sont en état de flexion et sur le dos duquel le placenta paraît étroitement appliqué. Le cordon passe en

écharpe de droite à gauche sur le dos du fœtus (fig. 5). Il semble qu'il y ait une brièveté accidentelle du cordon résultant d'un circulaire autour du cou et d'un circulaire autour de la main droite.

En examinant cette pièce, on se rend compte du danger qu'il pourrait y avoir, s'il s'agissait d'un fœtus de huit mois, à tenter la version par manœuvres externes; il est vrai que le professeur Pinard a toujours recommandé de n'exécuter les manœuvres externes, destinées à faire évoluer le fœtus, qu'avec beaucoup de douceur et sans insister lorsqu'on éprouve la moindre résistance.

La pièce présentée prouve la nécessité de ne faire la version par manœuvres externes qu'avec prudence si l'on sent que les pressions exercées sur la tête du fœtus, après mobilisation du siège, ne la font pas évoluer facilement.

Mort du fœtus par torsion et élongation du cordon ombilical.

(*Soc. d'Obst., de Gyn. et de Pæd.*, Avril 1907.)

C'est un des faits nombreux dans lesquels le fœtus meurt au cours de la grossesse, sans que dans l'histoire clinique de la gestante on trouve aucune des causes habituelles de la mort du fœtus; mais on constate, sur une longueur de 2 à 3 centimètres à partir de l'insertion ombilicale, une torsion du cordon plus marquée que d'habitude, et un amincissement qui contraste avec le volume du reste du cordon.

Dans le cas particulier, il y avait en outre, à 10 centimètres de l'insertion du cordon sur le placenta, un amincissement très accusé du cordon sans torsion, sur une longueur de 5 à 6 centimètres.

DYSTOCIE

Dystocie par bride cicatricielle au niveau de la paroi utérine postérieure. Accouchement spontané.

(*Soc. d'Obst., de Gyn. et de Pæd.*, Novembre 1906.)

Chez une primipare, au cours du travail, on constate qu'il existe au-dessus du canal cervical une sorte de diaphragme faisant saillie sur la paroi postérieure de l'utérus; en avant de ce diaphragme le doigt arrive sur la

tête du fœtus sur une étendue de 5 centimètres environ. Cette saillie empêche la tête d'appuyer sur l'orifice utérin.

Sous anesthésie chloroformique, M. Lepage pratique à l'aide des ciseaux de Dubois 3 ou 4 sections sur cette saillie. A la suite de cette intervention, la saillie disparaît en partie; la femme finit par accoucher spontanément d'un enfant vivant pesant 2 kil. 580.

Lors du premier accouchement, une opération césarienne avait été pratiquée pour une tumeur, probablement un kyste de l'ovaire, qui siégeait au voisinage de l'utérus.

Il est très difficile de préciser si la bride observée est d'origine congénitale ou si elle est due à des interventions pratiquées par la voie basse.

Ce qui fait l'intérêt de cette observation, c'est que l'expectation a été suffisante dans un cas où on eût pu être tenté, en raison des constatations faites et de l'opération césarienne pratiquée la première fois, de terminer l'accouchement par la voie haute.

Diaphragme vaginal chez une femme près du terme.

(*Soc. d'Obst., de Gyn., de Pæd.*, Novembre 1908.)

Cette observation, qui est rapportée dans la thèse de mon élève Le Cointe (Contribution à l'étude de la dystocie par brides et cloisonnements vaginaux d'origine congénitale. Paris 1908), concerne une primipare chez laquelle il existait au voisinage du col un diaphragme, à direction transversale, presque complet du vagin.

Ces diaphragmes doivent être distingués des cloisons antéro-postérieures qui, plus ou moins complètes, sont des vestiges de la cloison d'adossement des canaux de Muller. Ces anomalies n'ont d'ailleurs pas la même origine. Si l'on peut considérer comme des débris de la cloison d'adossement des deux vagins primitifs les plis verticaux qui, plus ou moins près de la ligne médiane, unissent la paroi vaginale antérieure à la paroi postérieure, il n'en saurait être de même de ces diaphragmes transversaux que Pozzi rapproche des dispositions qui existent à l'état normal chez les cétacés, chez la femelle du chimpanzé et chez la brebis : on pourrait donc invoquer, pour expliquer ces anomalies, l'influence ancestrale et un arrêt dans l'évolution morphologique.

GROSSESSE

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

Grossesse extra-utérine méconnue et ayant donné lieu à des erreurs de diagnostic multiples à des époques différentes de la grossesse. Laparotomie. Ablation du kyste fœtal.

(Communication à la *Société obstétricale de France*, Avril 1912.)

Après avoir rapporté avec détails cette observation intéressante au point de vue des erreurs qui peuvent être commises dans le diagnostic de la grossesse extra-utérine, j'indiquai le manuel opératoire suivi par le professeur Pinard et je présentai les pièces anatomiques (fœtus et placenta). Pendant le cours de cette grossesse et aussi à mesure que survenaient des incidents, on porta successivement les diagnostics de fausse couche, de colique hépatique, d'empoisonnement par un poêle à combustion lente, etc., etc.

Des grossesses utérines prises pour des grossesses extra-utérines.

(*Soc. d'Obst., de Gyn. et de Pæd.*, Mai 1899.)

Ce travail contient plusieurs observations personnelles dans lesquelles, se basant sur quelques particularités fournies par l'examen d'une femme enceinte, des médecins pensèrent à tort qu'il y avait grossesse extra-utérine.

J'ai limité cette étude aux femmes chez lesquelles la grossesse est de plus de 5 mois. Le médecin appelé à examiner une femme dans ces conditions peut être incité à penser à une grossesse extra-utérine, soit par les renseignements fournis par la malade sur des incidents qui sont survenus depuis le début de la grossesse, soit par certaines particularités constatées à l'aide du toucher et du palper, et que l'on ne rencontre pas habituellement dans les grossesses utérines.

En réalité, l'erreur doit être évitée si l'on s'astreint à rechercher avec soin et à attendre l'apparition d'une contraction utérine; il faut aussi se rap-

peler que la grossesse extra-utérine évoluant après le sixième mois est relativement très rare, surtout à notre époque où, presque toujours diagnostiquée de bonne heure, la grossesse extra-utérine est opérée dès les premiers mois.

Présentation d'un enfant extrait depuis sept ans d'une grossesse extra-utérine près du terme.

(*Société Obstétr. de France*, 1909.)

L'enfant présenté à la Société a été extrait à la Maternité de la Pitié par laparotomie chez une femme chez laquelle j'avais porté, 3 mois auparavant, le diagnostic de grossesse extra-utérine. A cette époque la femme avait refusé toute intervention ; elle succomba à la suite d'accidents péritonitiques qui avaient débuté en province peu de temps avant l'intervention.

Chez l'enfant (une fille) qui, à la naissance, présentait des malformations et des déformations multiples, on constate actuellement une double luxation congénitale de la hanche, une asymétrie faciale prononcée, un développement physique et intellectuel au-dessous de la moyenne.

Bien que quelques observations soient publiées d'enfants nés dans ces conditions et qui sont à peu près normalement développés, on peut se demander si, lorsque la grossesse extra-utérine a été diagnostiquée seulement dans les trois derniers mois de la grossesse, il est vraiment utile, dans le but d'avoir vivant un enfant qui est exposé à avoir des déformations, d'attendre, pour opérer, que la femme soit près du terme de la grossesse.

Diagnostic de la dysménorrhée membraneuse et de la grossesse extra-utérine.

(*Soc. d'Obst., de Gyn. et de Pæd.*, 14 Février 1910.)

Lorsqu'une femme, dans la période de la vie où elle peut être fécondée, expulse par les organes génitaux une membrane de consistance ferme provenant de l'utérus et reproduisant plus ou moins la forme de la cavité utérine, trois hypothèses peuvent être formulées sur la nature de cette membrane.

1° Expulsion d'un œuf arrêté de bonne heure dans son développement : œuf clair.

2° Expulsion d'une caduque concomitante d'une grossesse ectopique.

3° Expulsion d'une membrane de dysménorrhée membraneuse.

Il suffit d'examiner avec un peu de soin l'œuf clair expulsé et de constater l'enveloppe formée par l'amnios pour en faire le diagnostic.

Quant au diagnostic entre la grossesse extra-utérine et la dysménorrhée, il ne présente généralement pas de grandes difficultés. Assez souvent d'ailleurs l'expulsion de la caduque s'est faite avant le moment où le médecin est consulté et où il peut, par l'examen local, constater plus ou moins nettement les signes qui lui permettent d'affirmer la grossesse ectopique. C'est ce qui arriva dans un cas dont j'ai relaté l'histoire clinique qui peut être résumée en ces mots : *expulsion de deux caduques utérines chez la même femme à une année d'intervalle; présomption de grossesse extra-utérine la première fois; certitude de grossesse extra-utérine l'année suivante où la femme fut opérée.*

Habituellement l'expulsion d'une caduque est un fait isolé qui ne se reproduit pas, tandis que dans la dysménorrhée membraneuse on constate, à des intervalles plus ou moins rapprochés, l'expulsion d'un moule de la cavité utérine.

Dans certains cas cependant, il peut être difficile de faire, d'après les caractères macroscopiques, le diagnostic différentiel entre une caduque expulsée qui est concomitante d'une grossesse extra-utérine et la caduque de la dysménorrhée membraneuse.

L'examen histologique ne permet pas toujours de faire d'une manière affirmative ce diagnostic différentiel, ainsi que mon élève Teyssier (*Thèse*, Paris, 1909) l'a exposé dans sa thèse. Il y a rapporté l'observation d'une jeune femme qui expulsa une membrane. L'examen fait par M. Letulle ne permit pas de dire s'il s'agissait d'un débris d'œuf utérin ou d'une caduque coexistant avec une grossesse ectopique. L'opération pratiquée montra que ce dernier diagnostic était le vrai.

L'opinion émise sur les difficultés du diagnostic histologique des membranes expulsées de l'utérus fut confirmée par Lecène qui déclara que la caduque utérine, expulsée au cours de la grossesse extra-utérine, n'a pas de structure typique constante; si parfois on peut voir dans la caduque utérine des cellules déciduales plus ou moins nettes, elle ressemble par contre, assez souvent, à une muqueuse atteinte d'endométrite banale. Il peut donc être fort difficile de la différencier d'avec une membrane d'endométrite pseudo-membraneuse.

Œuf extra-utérin enlevé par laparatomie plusieurs mois après la mort du fœtus.

La fig. 6 représente un kyste fœtal enlevé par laparotomie par le docteur Récamier : chez cette femme, pour laquelle le docteur Récamier voulut bien me consulter, l'œuf qui cessa de se développer au cours du 7e mois de la grossesse, ne fut enlevé que près d'un an après le début de la grossesse. La femme guérit, malgré une intervention qui fut laborieuse à cause des adhérences. Vers la partie inférieure de la tumeur, on aperçoit un pied et une main qui firent hernie au cours de l'opération. Cette pièce est déposée au Musée de la Maternité de Boucicaut.



Fig. 6. — Face antérieure d'un kyste fœtal contenant un fœtus mort depuis cinq mois. La partie inférieure était occupée par la tête ; à travers une solution de continuité créée par le bistouri au cours d'une dissection pénible, sont apparus le pied droit et la main gauche du fœtus.

Grossesse extra-utérine développée dans la portion interstitielle de la trompe. Hystérectomie abdominale totale. Guérison.

Cette observation — publiée dans la thèse de P. Greyfié de Bellecombe — concerne une primipare qui fut envoyée à Boucicaut avec tous les signes d'une grossesse extra-utérine rompue. L'intervention fut faite d'urgence ; bien que cette femme fût primipare, nous fûmes obligés, Rudaux et moi, d'enlever l'utérus parce qu'il était impossible de faire un pédicule entre la tumeur et l'utérus : la tumeur ectopique s'était en effet développée dans la portion interstitielle de la trompe. Le ligament rond s'insérait sur la partie antéro-supérieure de la tumeur ; c'est au niveau de la partie postérieure du kyste fœtal que s'était faite la rupture qui produisit l'inondation péritonéale.

La femme ayant présenté le soir même de l'intervention des accidents

faisant craindre une hémorragie post-opératoire, une seconde laparotomie fut faite; toutes les ligatures étaient en place. Malgré cet incident la guérison se fit; la femme quitta le service au bout de trois semaines.

GROSSESSE UTÉRINE (PATHOLOGIE DE LA)

De la provocation de l'accouchement dans l'albuminurie gravidique.

Dans une revue sur l'albuminurie et l'éclampsie gravidiques (in *Rev. pratique d'obstétrique*, 1890), mon regretté collègue Varnier a rapporté une observation que j'ai recueillie dans le service de M. Pinard qui provoqua l'accouchement pour des accidents graves (cécité, etc.), au cours d'une albuminurie gravidique.

J'ai publié, en 1891 (in *Conc. médical*), l'observation très rare d'une secondipare qui était atteinte d'éclampsie malgré le régime lacté exclusif et chez laquelle je provoquai l'accouchement.

En septembre 1897, j'ai fait sur ce sujet à la Maternité de Beaujon quatre conférences cliniques dans lesquelles j'ai insisté sur les règles qui doivent guider l'accoucheur dans cette question.

Ces règles ont été exposées dans la thèse de mon regretté compatriote et élève F. Coudray qui, après avoir rapporté huit observations tirées de ma pratique hospitalière ou personnelle, précisa les principales indications de l'interruption de la grossesse chez les femmes albuminuriques et montra combien il fallait attacher d'importance à la petite quantité d'urine émise par la femme albuminurique, bien qu'elle soit soumise au régime lacté.

Pronostic de l'albuminurie chez les femmes enceintes.

(Communication faite au *Congrès international d'Obstétrique et de Gynécologie de Berlin*, Septembre 1912.)

Cette communication est basée sur un assez grand nombre d'observations, réunies par mes externes Ganchon et Hiblot — qui tous deux firent leurs thèses sur ce sujet — à l'aide des registres des Fonctionnements de la Maison d'accouchements Baudelocque, et sur des observations assez nombreuses recueillies dans mon service à la Pitié et à Boucicaut ou tirées de ma pratique personnelle.

J'ai laissé de côté dans cette étude les femmes chez lesquelles l'albuminurie, abondante ou non, n'avait que peu influencé l'évolution de la première grossesse, et celles qui, au contraire, étaient nettement des brightiques au moment de leur grossesse, sans que la gravidité ait pu être invoquée comme la véritable cause des lésions rénales.

Cette étude clinique est donc basée sur les cas des femmes albuminuriques qui, lors de leurs accouchements, ont présenté l'une des complications suivantes :

1° Accès éclamptiques. — 2° Accidents liés à l'albuminurie et nécessitant l'interruption de la grossesse. — 3° Mort du fœtus *in utero*. — 4° Décollement prématuré du placenta.

On peut objecter qu'en réalité l'albuminurie n'est qu'un symptôme de l'intoxication des derniers mois de la grossesse et qu'il serait peut-être plus rationnel d'étudier le pronostic éloigné chez des femmes qui ont mal supporté la ou les premières grossesses, et chez lesquelles l'influence nocive de la grossesse s'est manifestée par une intoxication dont l'albuminurie était le signe capital.

C'est qu'en réalité, au point de vue clinique, c'est souvent le seul, avec l'hypertension, qui puisse avertir le médecin que la femme présente un degré pathologique d'intoxication.

Voici à quelles conclusions nous a conduit l'analyse des observations rapportées :

Lorsqu'une femme présente au cours d'une grossesse — généralement la première — des accidents graves, qu'on range actuellement sous la dénomination d'intoxication de la fin de la grossesse, elle doit être particulièrement surveillée pendant les grossesses ultérieures. Cette surveillance s'impose dès les premiers mois de la grossesse.

Lorsque l'intoxication a été assez profonde pour déterminer des accès éclamptiques ou le décollement prématuré du placenta, pour forcer le médecin à interrompre le cours de la grossesse, ou pour amener la mort du fœtus, il faut :

1° Surveiller la femme au point de vue de la quantité et de la qualité des urines, dans lesquelles, au moins une fois par semaine, l'albumine doit être recherchée avec soin. Pour faciliter cette recherche, il est utile, lorsque cela est possible, de la faire faire par la femme elle-même. Il importe tous les mois, surtout dans les trois derniers mois de la grossesse, de faire faire une analyse complète des urines.

2° Le régime alimentaire doit se composer presque exclusivement de lait et d'eau. Le régime lacto-végétarien peut être permis lorsque les accidents

n'ont pas été très graves. Le régime déchloruré est conseillé lorsqu'il y a manifestement rétention chlorurée.

On peut autoriser le régime blanc, conseillé par Pinard (lait, pâtes, viandes blanches), lorsque la femme, intoxiquée lors d'une grossesse, a pu ensuite mener à bien une ou plusieurs grossesses.

3° L'hygiène générale doit être surveillée de près. La femme doit éviter toute cause de fatigue, toute profession pénible l'exposant en particulier aux intempéries et aux refroidissements.

4° Il est utile de surveiller la tension artérielle et, s'il y a lieu, de pratiquer une ou plusieurs saignées.

Les cas d'*albuminurie récidivante* pendant la grossesse (en dehors des grossesses évoluant chez des femmes brigtiques), avec ou sans mort du fœtus, sont exceptionnels.

Anémie pernicieuse au cours de la grossesse.

(*Soc. d'Obst. et de Gyn.*, Avril 1914. — En collaboration avec L. Rol.)

Les observations de ces deux malades, qui sont relatées dans la thèse d'un de nos élèves M. Jousselin sur l'*anémie pernicieuse progressive*, montrent la

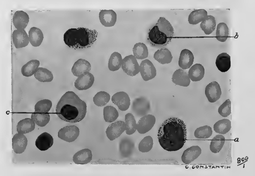


Fig. 7. — Frottis de sang : *a*, myélocyte neutrophile ; *b*, myéloblaste ; *c*, mégaloblaste.

difficulté très grande qu'il y a pour établir le diagnostic de la cause des accidents d'anémie grave au cours de la grossesse, et l'impossibilité, dans l'état

actuel de nos connaissances, de baser un pronostic ferme sur l'examen hématologique du sang.

L'état général de ces deux femmes parut également grave et cependant l'une d'elles guérit tandis que l'autre succomba.

Ces deux observations peuvent être rangées parmi les cas d'*anémie métaplastique* : non seulement il existait des globules rouges nucléés, mais

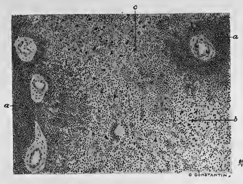


Fig. 8. — Coupe de la rate : *a*, corpuscules de Malpighi ; *b*, cellules de la pulpe sphénique ; *c*, pigment.

on rencontrait en outre des formes myélocytaires (*a*, fig. 7) qui témoignaient de l'irritation des organes hématopoiétiques.

Cependant, en examinant les résultats fournis par l'examen du sang au point de vue des pourcentages globulaires, il existait quelques différences qui, dans une certaine mesure, pouvaient faire prévoir une terminaison différente de la maladie.

Chez celle qui succomba le nombre des leucocytes fut toujours relativement bas, il y eut avec des oscillations augmentation des lymphocytes par rapport aux polynucléaires. On nota de plus la présence constante et l'augmentation régulière des formes mégaloblastiques. Ces formes furent rares chez la malade qui guérit et qui présenta une leucocytose relative portant surtout sur les polynucléaires.

De plus, elle eut une crise hématoplastique des plus nettes avec augmentation considérable du nombre des plaquettes.

La résistance globulaire était très diminuée chez les deux femmes ; on ne constata chez elle ni auto, ni isolysines.

A l'autopsie de la femme qui succomba, on nota les lésions habituelles

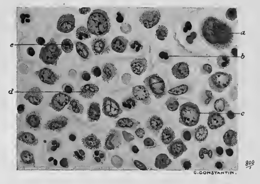


Fig. 9. — Coupe de moelle fémorale : *a*, mégakaryocite ; *c*, myéloblaste ; *d*, polynucléaires ; *e*, éosinophile. — On remarque la disparition des vésicules adipeuses, la rareté des mégakaryocites, la multiplication des autres éléments.

observées dans des cas semblables : dépôts de pigments dans le foie et dans la rate (fig. 8), état fœtal de la moelle osseuse (fig. 9), lésions des reins et des capsules surrénales (hyperépinéphrie).

De l'anesthésie générale en obstétrique par le chlorure d'éthyle pur.

(En collaboration avec M. Le Lorier, *Gaz. hebd. de méd., et de chir.*, 4 Mai 1902.)

Parmi les interventions que l'accoucheur peut être amené à pratiquer au moment de la parturition, il en est quelques-unes qui ne sont pas suffisamment douloureuses pour légitimer l'usage d'un anesthésique tel que le chloroforme ou l'éther et pour lesquelles cependant la femme désire vivement ne pas éprouver de nouvelles douleurs. C'est ainsi que parfois l'accoucheur éprouve de la résistance de la part de la femme lorsque, la délivrance faite, il se met en devoir de pratiquer une suture plus ou moins étendue du périnée.

Lorsqu'il n'y a que deux ou trois points de suture à faire, il est exceptionnel qu'avec un peu d'insistance le médecin n'arrive pas à convaincre l'accouchée de la nécessité de cette petite intervention ; mais si la déchirure très étendue nécessite cinq ou six sutures, il arrive que la femme refuse toute suture ou ne l'accepte qu'à condition de ne pas éprouver de douleur.

Il en est de même *a fortiori* pour les applications de forceps auxquelles nombre de femmes ne consentent qu'à la condition de ne pas souffrir ; or certaines femmes ou certaines familles ont une prévention souvent invincible contre le chloroforme. Aussi avons-nous pensé qu'il y avait intérêt à expérimenter, surtout dans les cas où l'intervention est de courte durée, un anesthésique général qui a été déjà employé par divers chirurgiens, le *chlorure d'éthyle*.

Sans rappeler la technique de ce mode d'anesthésie, nous pouvons dire que l'anesthésie est obtenue en 30 à 60 secondes au maximum, et qu'elle peut durer 4 minutes sans que la dose soit renouvelée.

Le réveil est très rapide (au bout de 30 secondes) ; il ne s'accompagne qu'exceptionnellement de céphalalgie et de vomissements peu abondants.

Des observations que nous rapportons nous pouvons conclure que, si le chloroforme et l'éther restent les anesthésiques de choix pour les opérations obstétricales de longue durée, les inhalations de chlorure d'éthyle peuvent être employées avec avantage dans les conditions suivantes :

1° Au cours du travail lorsqu'il est urgent d'extraire le fœtus avec le forceps ou bien lorsqu'on pratique une version par manœuvres internes ou qu'on abaisse le pied antérieur dans la présentation du siège décomplété, mode des fesses. Dans cette dernière circonstance l'anesthésie par le chlorure d'éthyle a l'avantage de permetttre un réveil plus rapide de la femme, qui peut par ses efforts terminer l'expulsion du fœtus.

2° Dans la période de délivrance l'anesthésie par le chlorure d'éthyle peut trouver son indication lorsque l'accoucheur est obligé d'aller chercher le placenta dans la cavité utérine ou même *exceptionnellement* chez une femme particulièrement pusillanime, pour extraire les membranes lorsqu'elles restent en grande partie dans l'utérus et qu'on juge utile de les retirer.

3° Après la délivrance, pour pratiquer des sutures multiples du périnée, on peut recourir à ce mode d'anesthésie.

Il est bien entendu que pour toutes ces petites interventions nous ne conseillons pas l'emploi systématique de l'anesthésie : elle n'est utile ou nécessaire que lorsque l'accoucheur pense que l'absence de douleur rendra l'intervention plus facile, ou lorsque la femme ne consent à l'intervention qu'à condition de ne pas souffrir.

Cardiopathies et grossesses.

(*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 1913.)

Ce résumé d'une leçon faite à Boucicaut appelle l'attention sur l'importance de l'intoxication gravidique dans la production des accidents gravidocardiaques et sur les renseignements fournis par la quantité des urines émises au point de vue de l'indication de l'interruption de la grossesse. Parmi les observations citées dans cette leçon, il en est une à signaler par sa rareté : celle d'une primipare, chez laquelle les lésions de myocardite semblent s'être développées au cours de la grossesse; l'accouchement eut lieu à terme spontanément, mais il y eut une hémorragie grave au moment de la délivrance. Bien que les suites de couches aient été apyrétiques, la femme succomba deux mois après l'accouchement à des accidents de myocardite.

CHORÉE

Chorée gravidique. Traitement par le chloral à hautes doses. Guérison de la mère. Mort du fœtus 48 heures après la naissance.

C'est une des premières observations dans lesquelles, en 1886, M. Pinard ait employé le chloral à hautes doses (8 à 10 gr. par 24 heures) comme traitement de la chorée gravidique. La femme, malgré une chorée des plus intenses ayant débuté dès le 5e mois de la grossesse, accoucha à terme. La chorée avait cessé quinze jours avant l'accouchement; le traitement par le chloral fut suspendu à ce moment. L'enfant naquit vivant, mais succomba dans les 48 heures qui suivirent l'accouchement. Cette observation a été publiée dans la thèse de Riche (Paris, 1891).

De la mort chez les choréiques pendant la grossesse.

(*Ann. de Gyn. et d'Obst.*, Août 1913.)

Dans ce mémoire est relatée, d'après les notes prises par MM. Laignel-Lavastine et Lepage, l'observation d'une secondipare, enceinte de 2 mois 1/2, qui présenta des troubles psychiques d'abord modérés avec mouvements

choréiques à peine perceptibles. Les accidents allèrent rapidement en augmentant et prirent une telle intensité que, malgré l'interruption de la grossesse, la femme succomba.

Cette observation est suivie du résumé des principales observations de femmes enceintes ayant été atteintes de chorée pendant la grossesse et ayant succombé; elles ont été publiées in extenso dans la thèse de mon élève Mlle Dobkevitch.

Elles sont divisées en trois catégories, suivant que :

a) La mort est survenue sans qu'il y ait eu intervention;

b) La mort est survenue après l'évacuation de l'utérus;

c) Un troisième groupe d'observations comprend les cas dans lesquels la guérison est survenue après l'interruption de la grossesse.

Voici les principales conclusions de ce mémoire :

1° Certaines femmes enceintes meurent assez rapidement après avoir présenté des signes intenses de chorée;

2° Les principaux symptômes qui peuvent faire redouter une terminaison fatale sont les suivants :

a) Intensité très grande des mouvements choréiques qui ne sont pas diminués par la médication calmante;

b) Troubles mentaux qui peuvent précéder l'apparition de la chorée, mais qui assez souvent l'accompagnent;

c) Accélération du pouls et élévation de température;

d) Apparition d'éruptions morbilliformes.

3° Un certain nombre de femmes meurent avant d'accoucher ou d'avorter. La mort survient souvent d'une manière assez brusque.

4° L'interruption de la grossesse, spontanée ou provoquée, est habituellement suivie pendant quelques heures d'une amélioration relative : il y a retour du sommeil et diminution ou cessation des mouvements choréiques; mais ceux-ci réapparaissent rapidement avec une intensité de plus en plus grande.

5° L'interruption de la grossesse qui n'est pratiquée que tardivement ne semble pas donner de résultats satisfaisants; cependant, en l'absence de toute autre médication véritablement efficace, il paraît difficile de refuser à la malade cette ressource ultime.

6° Si dans la majorité des cas l'autopsie n'a pu montrer de lésions importantes, on a noté cependant à diverses reprises la présence de végétations anciennes ou récentes au niveau de l'endocarde.

7° Il ne paraît pas possible à l'heure actuelle de déterminer la part qui revient à l'intoxication gravidique dans la production des mouvements cho-

réiques, ni les causes qui rendent parfois la chorée très grave chez certaines femmes enceintes.

ÉCLAMPSIE

Note sur le traitement prophylactique de l'éclampsie.

(*Société obstétricale de France*, 1912.)

A propos du rapport très documenté de Bar et Commandeur sur la pathogénie et le traitement de l'éclampsie, j'ai appelé l'attention sur l'utilité qu'il y a, aussi bien dans la pratique hospitalière que dans celle de la ville, à rendre facile l'analyse des urines et à faire rechercher l'albumine par les femmes elles-mêmes.

C'est dans ce but qu'à la Maternité de Boucicaut, il est remis aux femmes venant à la consultation une note sommaire insistant sur l'utilité de l'examen fréquent des urines dans les derniers mois de la grossesse et sur la manière de le faire pratiquement, soit à l'aide de l'examen par la chaleur après acidification des urines, soit à l'aide du réactif de Boureau. Pour faciliter cet examen aux malades de la ville, j'ai fait construire une petite boîte qui contient ce qui est nécessaire (petits tubes, entonnoir, fiole de réactif, etc.), pour procéder à l'examen des urines sans se servir d'une lampe à alcool.

FIÈVRE TYPHOÏDE

Du diagnostic de la fièvre typhoïde pendant les suites de couches.

(*Soc. d'Obst., de Gyn. et de Pæd.*, juillet 1909.)

Avant l'emploi du sérodiagnostic de Widal, il était difficile d'affirmer que des accidents fébriles observés chez une accouchée étaient réellement dus à une dothiénenterie ; le diagnostic devenait encore plus difficile lorsque chez une femme, jusque-là bien portante, les premières manifestations survenaient le troisième ou le quatrième jour après l'accouchement, c'est-à-dire à l'époque où apparaissent habituellement les signes de l'infection puerpérale.

L'emploi du sérodiagnostic de la fièvre typhoïde est donc précieux pour

dépister la fièvre typhoïde chez les accouchées : il permet de rattacher rapidement et d'une manière indiscutable à leur véritable cause les accidents fébriles qu'on pourrait à tort attribuer à de l'infection utérine.

Il est donc utile, ainsi que le prouvent les observations citées dans ce travail, de pratiquer cet examen chez toute accouchée fébricitante lorsque l'examen local et que les conditions dans lesquelles s'est fait l'accouchement ne permettent pas de penser que les organes génitaux sont le point de départ des accidents. Cet examen s'impose toutes les fois que les symptômes observés diffèrent du tableau habituel de l'infection à point de départ utéro-vaginal.

Ce diagnostic bactériologique a le double avantage d'être un guide précieux pour le traitement à appliquer et de dégager la responsabilité du médecin qui a fait l'accouchement.

Toutefois il ne faut pas oublier, comme l'a fait remarquer Queirel, que fièvre typhoïde et accidents septiques peuvent coïncider, et qu'il est sage en pareil cas de ne pas négliger le traitement utérin.

OCCLUSION INTESTINALE

Occlusion intestinale pendant la grossesse.

A la suite d'une communication faite à la Société d'Obst., de Gyn. et de Pæd., le 9 décembre 1901, par MM. Champetier de Ribes et Daniel, j'ai rapporté des observations analogues et en particulier celle d'une femme qui était en travail et chez laquelle on se hâta de terminer l'accouchement qui fut suivi de la disparition assez rapide des accidents.

J'insistai sur ces accidents de parésie intestinale qui peuvent survenir au cours de la grossesse chez des femmes ayant pris de l'opium par voie rectale ou en injections hypodermiques.

Dans la même séance, je rapportai l'observation toute récente d'une autre femme chez laquelle des accidents graves d'occlusion s'étaient manifestés : un chirurgien appelé, alors que les signes inquiétants diminuaient, n'avait cependant pas jugé nécessaire l'intervention immédiate.

En réalité, les accidents observés étaient des phénomènes de réaction péritonéale développés autour d'une grossesse extra-utérine.

Je rectifiai ultérieurement (12 mai 1902) l'erreur de diagnostic commise.

Note sur l'obstruction intestinale au cours de la gestation

(*Soc. d'Obst. et de Gyn.*, Mars 1913.)

Dans une discussion sur cette question, j'ai rapporté l'observation d'une femme que j'ai soignée en 1907 avec le professeur Quénu et qui présenta au quatrième mois de sa grossesse des accidents d'occlusion intestinale et de péritonite.

L'histoire de cette femme peut être ainsi résumée : *Accidents graves d'occlusion intestinale au cours de la grossesse avec péritonite appendiculaire. Ablation de l'appendice. Anus iliaque fait à cause de la persistance des accidents. Rétablissement du cours normal des matières après évacuation spontanée de l'utérus. Guérison.* (Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris, 1913.)

L'ablation de l'appendice, faite par le professeur Quénu, ne fit pas disparaître les accidents d'occlusion intestinale qui persistèrent et nécessitèrent la création d'un anus iliaque. La femme, qui était dans un état des plus graves, finit par guérir. Il est à noter que l'évacuation des matières fécales par les voies naturelles n'eut lieu qu'après l'évacuation spontanée de l'utérus qui se fit quelques jours après la seconde intervention.

Dans les réflexions dont j'ai fait suivre cette observation, j'ai combattu l'opinion soutenue dans sa thèse par A. Lemercier qui pense que l'interruption de la grossesse n'est pas utile comme traitement des accidents d'occlusion intestinale chez des femmes gravides.

L'analyse des observations rapportées par A. Lemercier montre qu'il a eu tort de croire qu'en raison des pertes de sang qui surviennent chez des femmes déjà affaiblies au moment du travail l'expulsion prématurée de l'œuf aggrave le pronostic.

Il est plus légitime d'admettre que l'évacuation spontanée ou artificielle de l'utérus peut même dans certains cas faire disparaître les accidents.

J'ai rappelé, avec le professeur Pinard, qu'il était nécessaire avant d'affirmer le diagnostic d'occlusion intestinale chez une femme enceinte, de s'assurer qu'il ne s'agit pas d'accidents de péritonisme liés à une complication au cours d'une grossesse extra-utérine.

En réalité, les femmes qui présentent des accidents d'occlusion au cours de la grossesse devraient être séparées en deux groupes : les unes chez lesquelles il semble qu'il n'y ait pas de passé intestinal ou péritonitique; les autres qui ont eu antérieurement des poussées de péritonite annexielle ou autre ou qui ont subi des opérations abdominales et chez lesquelles la gros-

sesse ou le travail n'agissent que comme cause occasionnelle des accidents.

Bien que l'occlusion intestinale causée uniquement par la grossesse soit tout à fait exceptionnelle (Pinard) il est possible que dans certains cas l'évacuation utérine suffise à faire disparaître les accidents d'obstruction ou même d'ocelusion dans un intestin adhérent et non bridé. En tout cas si l'évaeuation de l'utérus n'est pas obtenue rapidement, ou si elle n'est pas suivie de la disparition des aecidents, il ne faut pas perdre un temps précieux en retardant l'évacuation de l'intestin par un anus iliaque.

Névrite périphérique alcoolique avec état général grave chez une secondipare au huitième mois de la grossesse. Accouchement provoqué. Enfant vivant. Guérison.

En collaboration avec M. Sainton. (*Soc. d'Obst., de Gyn. et de Pæd.*, Mars 1901.)

Cette femme était arrivée progressivement à un état général très alarmant qui peut être ainsi résumé : pouls fréquent, presque incomptable, température oseillant entre 39° et 40°, langue sèche, subdelirium, agitation assez marquée, incontinence à peu près complète d'urine, ineontinenee partielle des matières féeales, phénomènes de paralysie des membres surtout marqués au niveau des membres inférieurs que la femme peut remuer, mais elle ne peut malgré ses efforts détacher le talon du lit.

Amaigrissement très accusé, diminution de volume considérable des masses museulaires de la jambe et du pied ; atrophie du quadriceps crural. Zone hyperesthésique remontant jusqu'au tiers supérieur de la jambe.

Après provoeation de l'aecouchement, la femme expulse une fille vivante de 1500 grammes et qui est vivante.

Au point de vue étiologique, il faut signaler l'influence prédominante de l'alcoolisme : pour remédier à des troubles digestifs survenus au début de sa grossesse la femme prenait en grande quantité du rhum et d'autres liqueurs.

Il est plus difficile de préciser quelle part revient dans la pathogénie des aecidents à l'intoxieation de la grossesse et à une entérite muco-membraneuse qui existait.

Au point de vue de la conduite à tenir, il est à noter qu'au moment où la grossesse fut interrompue, il était impossible de se prononcer sur la pathogénie des graves accidents observés.

En résumé, il s'agit d'une malade qui a présenté une polynévrite avee prédominance sur les membres inférieurs, légère atteinte des membres

supérieurs; troubles de la respiration et du pouls traduisant une névrite du pneumogastrique, troubles psychiques assez marqués permettant de porter le diagnostic de psychose polynévritique.

Pyélonéphrite et grossesse.

(*Soc. d'Obst., de Gyn. et de Pæd.*, Nov. 1899.)

La première des deux observations qui forment la substance de ce mémoire, et qui ont été reproduites dans la thèse de notre élève André Weil (Paris 1899), peut être ainsi résumée. Chez cette femme, l'examen bactériologique des urines montra que l'infection était due au colibacille et qu'il fallait éliminer la tuberculose comme cause pathogénique. Ce diagnostic différentiel avait d'autant plus d'importance que certains commémoratifs et le mauvais état général de la femme permettaient de craindre la tuberculose comme cause des accidents. Actuellement, la mère et l'enfant sont tous deux vivants.

Ces observations étaient suivies des réflexions suivantes :

1° Chez une femme enceinte qui présente de l'hyperthermie avec accélération du pouls, en même temps que des douleurs abdominales plus ou moins localisées à la région lombaire, il est utile de recueillir les urines en totalité et d'y rechercher la présence du pus.

2° Lorsque le diagnostic de pyélonéphrite est établi, le traitement consiste dans le repos au lit, le régime lacté exclusif et la révulsion sinapisée au niveau de la région rénale douloureuse. Les injections vésicales ne sont indiquées que lorsqu'apparaissent des signes manifestes de cystite.

3° L'interruption de la grossesse, quel qu'en soit l'âge, peut être nécessitée par la persistance des accidents fébriles, par le mauvais état général de la femme qui persiste bien que celle-ci ait suivi rigoureusement le traitement sus-indiqué.

Ayant eu, depuis cette époque, l'occasion d'observer un assez grand nombre de pyélonéphrites pendant la grossesse, je pense qu'il y a lieu de ne pas être aussi restrictif sur l'utilité du traitement local (injections vésicales, cathétérisme des uretères, etc.). Si presque toujours le traitement médical suffit à faire disparaître les accidents, il n'en est pas moins vrai que dans certains cas où la fièvre est intense et persistante, il est bon, malgré les difficultés créées par la présence de l'utérus gravide, de recourir au cathétérisme des uretères dont Legueu et Marion ont montré les excellents effets.

L'une des raisons qui militent en faveur de cette thérapeutique c'est que la fièvre persistante chez une femme gestante peut retentir d'une manière défavorable sur la santé du fœtus.

Dans une discussion qui eut lieu sur ce sujet à la Société d'Obst., de Gyn. et de Pæd., j'ai cité une observation dans laquelle un enfant, né chez une femme dont la première grossesse fut compliquée de pyélonéphrite, présenta pendant les premières années des troubles de santé et une infériorité marquée sur les enfants qui naquirent lors des deux grossesses suivantes qui ne furent pas compliquées de pyélonéphrite. Le produit de conception peut donc être troublé dans son développement par l'infection maternelle : c'est une raison pour recourir au cathétérisme du ou des uretères lorsque la fièvre persiste d'une manière prolongée.

Des accidents fébriles observés pendant le post partum chez des femmes ayant eu de la pyélonéphrite pendant la grossesse.

Dans une discussion qui eut lieu à la Soc. d'Obst., de Gyn. et de Pæd. (février 1904), à la suite d'une communication de V. Wallich sur les pyélonéphrites et les suites de couches, j'émis l'opinion qu'il fallait distinguer différents faits au point de vue de la marche de la température chez des accouchées qui avaient présenté de la pyélonéphrite au cours de la grossesse.

Lorsque la femme a de la température pendant les jours qui précèdent l'accouchement, il peut arriver :

1° Que la déplétion de l'utérus, et par suite la décompression des uretères, soit suivie de la disparition brusque ou progressive des accidents fébriles ;

2° Que l'hyperthermie persiste pendant un certain temps ;

3° Dans une autre catégorie de faits, la femme est apyrétique au moment où elle accouche ; le plus habituellement il n'y a pas d'élévation de température pendant le post partum ; cependant il en peut survenir. Il est possible dans quelques cas d'éliminer l'infection d'origine puerpérale en constatant d'une manière plus nette encore que pendant la grossesse des phénomènes douloureux sur le trajet de l'uretère et au niveau du rein malade.

Phlegmon périnéphrétique gauche pendant la puerpéralité. Incision. Fistule persistante. Néphrectomie au cours d'une seconde grossesse.

En collaboration avec Legueu et Couvelaire. (*Soc. d'Obst., de Gyn. et de Pæd.*, 9 Mai 1904.)

Il s'agit d'un phlegmon périnéphrétique qui a été la conséquence d'une pyélonéphrite. L'infection rénale a été le premier stade de l'infection : la contamination du tissu cellulaire périrénal ne s'est faite qu'assez longtemps après le moment où l'on a constaté le trouble des urines.

La périnéphrite est presque toujours la conséquence des infections rénales, mais il est à remarquer que les pyélonéphrites de la grossesse ne déterminent presque jamais d'infection périrénale.

La persistance de la fistule ne fut pas déterminée par une participation du rein qui était accolé à la poche, mais n'avait aucune communication avec elle.

Bien que la néphrectomie pratiquée chez cette femme au cours d'une grossesse ultérieure ait été compliquée, l'évolution de la grossesse n'en a pas été entravée.

De la valeur du traitement des vomissements graves de la grossesse par la dilatation du col de l'utérus.

(*Soc. d'Obst., de Gyn. et de Pæd.*, Octobre 1907.)

Dans ce travail sont étudiés les résultats fournis par la méthode dite de *Copeman* d'après l'analyse des principales observations publiées et réunies dans la thèse de notre élève Mme Séverac. Elles peuvent être rangées en deux catégories distinctes au point de vue des résultats.

Dans la première, la dilatation du col a été suivie de l'arrêt des vomissements, mais aussi, quelques jours plus tard, de l'expulsion de l'œuf. Il y a lieu de se demander si aux effets produits par la distension du col n'est pas venue s'ajouter l'action favorable due à l'arrêt de développement de l'œuf.

Dans la seconde catégorie sont rangées les observations dans lesquelles la dilatation du col, qu'on fait quelquefois suivre du décollement des membranes, produisit l'arrêt des vomissements et permit à la femme de mener sa grossesse à bien. Dans ces rares observations on note qu'il s'agit de

femmes très nerveuses. Il est donc difficile d'apprécier la part qui revient au traitement dans l'amélioration survenue.

Il est bon de ne pas se contenter de dilater avec des laminaires le canal cervical, mais d'introduire ensuite l'index dans le col assez loin pour que l'extrémité du doigt dépasse l'orifice interne et le force pour ainsi dire.

Quelle place doit tenir dans la thérapeutique des vomissements graves la méthode qui consiste à agir sur le col en le dilatant (avec ou sans décollement des membranes) ?

Il faut distinguer deux cas différents :

A) L'accoucheur est appelé auprès d'une femme qui présente déjà des signes alarmants qui montrent qu'on a déjà trop tardé pour interrompre la grossesse. Il y a urgence absolue en pareil cas, il n'y a guère lieu d'essayer ce que peut donner la simple dilatation du col : il y a intérêt à évacuer le plus rapidement possible la cavité utérine. Aussi, alors même que la dilatation du col serait suivie de diminution des vomissements, il ne serait pas prudent de ne pas persévérer dans l'évacuation de la cavité utérine. Il ne faut pas oublier en effet que, dans la troisième période des vomissements graves, ceux-ci ont tendance à diminuer. Il pourrait y avoir danger de mort pour la femme à laisser la grossesse continuer en se basant sur la disparition des vomissements, tandis qu'en réalité ce signe négatif est d'un mauvais augure.

B) Dans le second cas, la femme a été surveillée par l'accoucheur qui a assisté, témoin impuissant, à l'augmentation des vomissements et à l'affaiblissement de la femme; ou bien il est appelé auprès d'une femme chez laquelle les vomissements sont réellement graves, mais n'ont pas encore déterminé dans l'organisme maternel les symptômes alarmants qui commandent sans discussion et sans retard l'évacuation immédiate de l'utérus.

Dans ces cas il est légitime, avant de procéder d'une manière délibérée à l'évacuation de la cavité utérine, d'employer la méthode qui consiste à dilater le canal cervical et au besoin à y introduire le doigt dont l'extrémité décollera les membranes qui sont au voisinage de l'orifice interne.

Lorsqu'à la suite de cette intervention les vomissements diminuent ou disparaissent, il est nécessaire de surveiller la femme d'une manière très rigoureuse et de contrôler s'il y a en même temps d'autres signes (diminution de fréquence du pouls, augmentation de la quantité des urines, etc.) qui permettent d'affirmer que la femme est en voie de guérison.

Si l'amélioration est manifeste, il n'y a pas de doute sur l'opportunité

de laisser la grossesse évoluer. Mais si, au contraire, il ne se produit pas d'amélioration marquée, il est préférable d'évacuer l'utérus.

Si, comme dans l'observation que nous avons rapportée, l'introduction de laminaires est suivie d'un arrêt des vomissements, mais aussi de l'expulsion de l'œuf au bout d'un temps variable, l'accoucheur ne peut regretter cette intervention puisqu'il a la certitude d'avoir ainsi tout tenté pour concilier les intérêts de la mère et du fœtus.

Vomissements incoercibles chez une femme enceinte de deux mois. Avortement provoqué.

(*Soc. d'Obst., de Gyn. et de Pæd.*, Janvier 1910.)

Potocki ayant rapporté l'observation très intéressante d'une femme secondipare qui présentait des vomissements incoercibles avec tachycardie et dont les accidents disparurent à la suite du traitement antitoxique et de la suggestion, j'ai donné le résumé de l'observation antérieure de cette femme chez laquelle j'avais interrompu la première grossesse à cause d'accidents semblables.

Je développai les raisons qui m'avaient amené à tenir cette conduite et je concluai qu'au point de vue de l'avortement chez une femme atteinte de vomissements graves, il vaut mieux pécher par excès de prudence que par temporisation excessive.

L'idéal est de n'interrompre la grossesse qu'au cas d'indication absolue; mais il n'est pas toujours loisible au clinicien le plus expérimenté de réaliser l'idéal.

En cas de doute sur l'utilité de l'intervention, il vaut mieux s'exposer à interrompre inutilement plusieurs grossesses que de laisser mourir une seule femme que l'avortement thérapeutique eût pu facilement sauver.

Si, avec Paul Dubois et Pinard, il faut attacher la plus grande importance à la fréquence du pouls au point de vue de l'intervention, il faut également tenir grand compte, pour la détermination à prendre, d'autres signes tels que la quantité d'urine, l'état général de la femme, etc.

Note sur la conduite à tenir dans les cas de vomissements graves de la grossesse.

(*Congrès d'Obst., de Gyn. et de Pæd. de Toulouse*, Septembre 1911.)

Cette question ayant fait l'objet d'un très intéressant rapport de Fieux, nous avons relaté un certain nombre d'observations qui montrent combien est délicate la conduite à tenir chez une femme atteinte de vomissements graves.

Nous avons insisté sur l'importance de la *rétention d'urine* comme signe de mauvais augure chez des femmes qui, depuis un certain temps, présentent des vomissements qui résistent à toute médication. De plus, nous avons rappelé que, malgré la rareté des améliorations et surtout des guérisons obtenues à l'aide de la méthode de Copeman, celle-ci pouvait cependant être utilisée dans les conditions que nous avons déjà indiquées.

Voici les conclusions de cette communication :

1° Lorsqu'une femme présente, dès les premiers mois de la grossesse, des vomissements un peu anormaux par leur fréquence et leur intensité, il importe qu'elle soit soumise de bonne heure à une surveillance médicale rigoureuse et au traitement, aujourd'hui classique, par le repos au lit, par la diète hydrique, par le régime lacté ou lacto-végétarien, les grands bains tièdes, les lavements chloralés et les injections hypodermiques de sérum artificiel.

2° Lorsque, en raison des symptômes graves qui menacent la santé ou la vie de la femme, la question de l'interruption de grossesse se pose, mieux vaut ne pas faire courir à la femme les dangers qui résultent d'une trop longue temporisation. Dans les cas douteux, il peut être exceptionnellement indiqué de recourir à la dilatation du col à l'aide de laminaires.

3° Lorsqu'un médecin est appelé pour juger s'il faut ou non interrompre la grossesse chez une femme qui a des vomissements graves, il doit bien spécifier — s'il conclut pour l'abstention — que cet avis n'est valable que pour la situation actuelle ; il doit, d'accord avec le médecin traitant, rappeler à la famille que la cessation des vomissements n'est un signe favorable qu'à la condition d'être accompagnée d'une amélioration des symptômes sur lesquels on se base à l'heure actuelle pour juger du degré de gravité des vomissements.

4° Lorsqu'on veut interrompre la grossesse chez une femme pour laquelle on a trop temporisé, il est utile, après dilatation de la cavité cervicale, de

procéder à l'évacuation de l'utérus, comme Doléris l'a conseillé, à l'aide de sa pince spéciale et d'utiliser en outre le doigt et la curette.

5° Bien que l'interruption de la grossesse soit suivie généralement d'une amélioration assez rapide et de la guérison, il y a cependant lieu de s'abstenir dans certains cas où l'état de la femme est réellement désespéré. La rétention d'urine est généralement un signe de mauvais augure.

Note sur deux cas de vomissements graves de la grossesse.

(En collaboration avec M. Tiffeneau.) (*Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1913.)

Ces deux cas sont intéressants au point de vue des résultats donnés par des méthodes thérapeutiques nouvelles et par les recherches chimiques sur la composition des urines. Il est en effet utile, avant de se décider à interrompre la grossesse, de rechercher non seulement par l'examen clinique, mais par les recherches biologiques si l'intoxication de l'organisme et si les troubles de nutrition sont assez marqués pour que la vie de la femme soit en danger.

A. — Dans la première observation, il semble que deux injections de sérum de femme enceinte normale aient contribué d'une manière sérieuse à la guérison, puisque le taux des urines s'est brusquement élevé après l'injection de 7 à 800 grammes à près de 2 litres et que la femme, qui était dans un état sérieux au moment de son entrée, a pu mener à bien sa grossesse.

La seconde observation montre l'échec du traitement par l'adrénaline et par l'injection de sérum de femme enceinte; il est vrai que si le traitement par l'adrénaline a été assez prolongé, une seule injection de sérum a été faite chez cette femme dont l'état s'est subitement assez aggravé pour rendre nécessaire l'interruption de la grossesse.

Si le traitement par l'adrénaline peut amener dans quelques cas une amélioration réelle, s'il peut être essayé sans inconvénient lorsque la femme n'est pas en état grave, il ne nous paraît pas possible d'accepter l'une des conclusions de notre collègue Sergent qui déclare qu'en aucun cas on ne doit interrompre la grossesse avant d'avoir essayé ce traitement. Il n'est pas d'accoucheur qui n'ait été appelé à une période tardive des vomissements graves où les minutes sont précieuses et où la seule chance, quelquefois bien minime, de sauver la femme est d'intervenir immédiatement.

B. — Dans la seconde observation que nous rapportons, l'examen des urines a permis d'étudier le rapport entre l'azote uréifiable et l'azote de

l'ammoniaque (non uréifié) : l'analyse chimique a indiqué un coefficient d'Arthus des plus élevés, et par conséquent une acidose très accusée.

Les conclusions de ce travail sont les suivantes :

I. — Les troubles du métabolisme azoté qui s'observent chez les malades atteintes de vomissements graves paraissent être la conséquence de l'état d'inanition ; plus celle-ci est complète, plus importantes sont les variations du coefficient d'Arthus-Maillard qui traduit ces troubles.

Ces variations étant plus sensibles et plus faciles à évaluer que celles des acides B oxydés ou B cétoniques, il nous semble indiqué en clinique de recourir surtout à celles-là.

II. — Pas plus pour le coefficient d'Arthus-Maillard que pour le taux absolu de l'ammoniaque, il n'est actuellement possible de fixer les valeurs maxima qui pourraient servir d'indications pour décider l'intervention. Toutefois si le phénomène de chute brusque du coefficient, observé par nous au moment de la période critique, pouvait être constaté dans d'autres cas, il pourrait constituer un critérium intéressant au point de vue de l'interruption de la grossesse.

III. — L'influence du traitement par les alcalins est manifeste, mais ceux-ci ne modifient que les symptômes sans supprimer la cause ; c'est surtout pendant la période de convalescence, après intervention ou non, que les alcalins sont utiles pour hâter le retour à la normale.

Note sur les signes généraux des hémorragies obstétricales.

(Congrès d'Obst., de Gyn. et de Pæd. de Toulouse, 1911.)

Après avoir montré les progrès réalisés dans le traitement prophylactique et curatif des hémorragies puerpérales, j'ai insisté sur l'importance qu'il y a à ne pas attendre l'apparition des symptômes généraux de l'anémie aiguë consécutive aux hémorragies (tendances syncopales, bourdonnements d'oreilles, pâleur de la face, troubles de la vue, etc.) : ces symptômes peuvent n'apparaître, en effet, qu'un certain temps après que s'est produit l'écoulement sanguin qui leur a donné naissance.

Assez souvent ces signes ne surviennent que lorsque déjà la vie de la femme est en danger et que l'intervention, même la plus habilement pratiquée, ne peut sauver l'existence d'une femme chez laquelle la déperdition sanguine a franchi la limite compatible avec l'existence.

L'accélération du pouls est le signe qui apparaît presque toujours le plus

tôt. La règle, formulée par le professeur Pinard, d'intervenir chaque fois que le pouls s'accélère et atteint 100 pulsations à la minute, rend les plus grands services et empêche les femmes d'avoir des hémorragies trop importantes. Cependant dans certains cas exceptionnels, cette règle même peut n'être pas suffisante, l'accélération du pouls ne se produisant pas toujours immédiatement après l'hémorragie.

Des hémorragies dans les cas d'expulsion d'enfants morts et macérés.

Ayant observé, en 1896, à la Maternité de Saint-Louis, une femme qui présenta une hémorragie extrêmement grave après avoir expulsé deux jumeaux morts et macérés, nous fîmes, sur ce sujet, une conférence le 18 janvier 1896; c'est sur notre conseil et avec notre collaboration que le docteur P. Royer a consacré à ce sujet sa thèse inaugurale (Th. Paris, 1896) et qu'il est arrivé aux conclusions suivantes :

Il est généralement admis que l'expulsion des fœtus morts et macérés ne s'accompagne habituellement que d'un écoulement sanguin insignifiant, et que l'hémorragie de la délivrance est nulle.

Il résulte de nos recherches portant sur 1002 cas d'expulsions de fœtus macérés : 1° que dans 4,7 pour 100 des cas, l'écoulement sanguin, au moment de la délivrance, égale ou dépasse la moyenne physiologique ; 2° que dans 1,4 pour 100 des cas, l'hémorragie a été assez abondante pour nécessiter la délivrance artificielle.

Nous ne rapporterons de l'observation qui a été le point de départ de ce travail que la description de la disposition assez rare des cordons de ces deux jumeaux et les particularités de l'hémorragie grave qui a suivi leur expulsion.

Grossesse gémellaire de 5 mois. Fœtus morts et macérés. Hémorragie pendant l'expulsion et après la délivrance.

Le 17 janvier 1896, à 4 heures de l'après-midi, la sage-femme de garde m'apportait au laboratoire du service 2 jumeaux morts et macérés, qu'une femme, arrivée quelques instants auparavant à la salle de travail, venait d'expulser.

Ces deux fœtus (fig. 10) sont réunis l'un à l'autre par leurs cordons qui forment un nœud et s'enchevêtrent sur une certaine étendue. Les membranes et le placenta sont très macérés. Sur la face fœtale du placenta existent des dépôts de fibrine, de couleur grisâtre, qui se dissocient facilement. Il n'existe qu'une cavité amniotique. L'insertion placentaire des deux cordons se fait à trois centimètres de distance l'un de l'autre; à

partir de cette insertion, les deux cordons s'enroulent autour l'un de l'autre comme les artères autour de la veine ombilicale.

Le cordon du fœtus immobilisé part de l'ombilic, passe au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure gauche, remonte le long de la face postérieure du bassin du même fœtus et va se rendre à un plexus formé par l'entre-croisement des deux cordons.

1re grossesse en 1893, accouchement spontané à terme, garçon vivant, mort à 10 mois; 2e grossesse en 1895 : expulsion à 5 mois d'un fœtus mort et macéré.

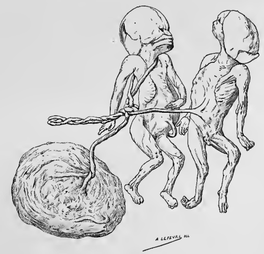


Fig. 10. — Nœud des cordons de deux fœtus jumeaux.

Pendant cette année 1895, la malade est entrée à l'hôpital de Roubaix pour une éruption siégeant sur le corps et sur le visage.

3e *grossesse actuelle*. — La malade ne se rappelle pas la date de ses dernières règles. Vers le 4e mois, cette femme aurait fait une chute ayant provoqué des épistaxis qui ont duré deux jours.

Elle entre à la salle de travail le 17 janvier à 3 heures du soir, ayant des douleurs. Elle se croit enceinte de 7 mois et n'a jamais senti remuer. L'utérus mesure 28 cent. de hauteur. — Urines normales.

A 4 h. 10, expulsion d'un premier fœtus très macéré, de coloration jaune. Aussitôt après, expulsion d'un second fœtus de même apparence que le premier. Pendant l'expulsion, il s'écoule des organes génitaux une petite quantité de sang très rutilant.

On n'a pas le temps de faire la section des cordons qui sont enchevêtrés l'un dans l'autre; la délivrance se fait spontanément et de suite après l'expulsion des jumeaux.

A 4 h. 30, M. Lepage est prévenu que cette femme perd du sang assez abondamment. Les injections chaudes suspendent temporairement l'écoulement sanguin qui réapparaît sitôt qu'on les cesse. L'état général est bon, le pouls à 90, la face colorée.

Je suis surpris de trouver malgré l'hémorragie l'utérus bien rétracté, à peine accessible au palper, à hauteur de la symphyse pubienne.

Du sang liquide suinte d'une manière continue et assez abondante, comme une sorte de flot, par intervalles, hors des organes génitaux. La femme est mise sur le bord du lit, le sang vient bien de l'utérus; les injections intra-utérines chaudes n'arrêtent pas d'une manière suffisante cet écoulement. Comme le sang coule assez abondamment, je me hâte d'introduire dans la cavité utérine un paquet de gaze iodoformée. J'ajoute un tampon dans le vagin.

Quelque dix minutes après, le sang a infiltré la gaze, suinte au dehors; la femme présente des phénomènes généraux inquiétants (nausées, pouls filiforme, pâleur de la face, etc.). En l'examinant je suis très inquiet de voir combien rapidement s'est aggravé son état : facies très pâle, muqueuses décolorées, anxiété générale et surtout pouls radial à peine perceptible. Le sang, rutilant, suinte au dehors d'une manière continue. Compression de l'aorte.

4 h. 50. Après antisepsie des organes génitaux externes, les tampons vaginal et intra-utérin tous deux imbibés de sang sont enlevés.

Pendant toute la durée de l'intervention on pratique la compression de l'aorte.

Le corps de l'utérus étant bien rétracté, je cherche s'il n'existe pas de lésions du col : je pratique une suture à la soie sur une petite solution de continuité qui existe sur la partie latérale gauche et inférieure du col. Ce n'est point là la source de l'hémorragie : le sang continue à couler de la cavité utérine.

A l'aide d'un dilatateur trivalve, j'explore tant bien que mal la partie inférieure de l'utérus et ne trouve nulle part de solution de continuité pouvant être le point de départ de l'hémorragie. Bien que le placenta paraisse complet, j'introduis l'index et le médius dans l'utérus et ne trouve nulle part de saillie anormale due à la présence d'un cotylédon placentaire; pas de caillots dans l'utérus qui est petit.

Je fais une injection intra-utérine prolongée d'eau chaude; le liquide ressort fortement teinté de sang par intervalles.

La femme est dans un état très alarmant; elle parle à peine; une sueur froide lui inonde le visage; pas de pouls; les extrémités sont refroidies. On continue la compression de l'aorte.

5 h. 15. Réfléchissant que le premier tamponnement a été fait avec une gaze iodoformée qui n'est pas suffisamment découpée, je fais un nouveau tamponnement de l'utérus avec une bande large seulement de 2 ou 3 centimètres.

A l'aide de l'hystéromètre et de pinces longues, je bourre, pour ainsi dire, l'utérus de gaze iodoformée en la tassant fortement. J'attends pendant quelques instants que le suintement sanguin soit très minime; j'introduis trois paquets de gaze dans le vagin.

5 h. 45. L'état général de la femme est toujours grave; bien que, pendant toute la durée de mon intervention, on ait souvent pratiqué des injections hypodermiques d'ergotine, de caféine et surtout de sérum artificiel, le pouls n'est pas revenu.

La malade présente au plus haut degré tous les signes de l'anémie suraiguë par hémorragie. Injection intra-veineuse de sérum artificiel.

6 h. soir. Le pouls tend à revenir normal : 100 pulsations à la minute. Il est très petit et dépressible.

6 h. 30. On constate chez la malade un mieux sensible — on la réchauffe avec plusieurs boules d'eau chaude. — Champagne, rhum.

7 heures. Injection sous-cutanée de 150 grammes de sérum artificiel.

9 heures. Injection sous-cutanée de 250 grammes de sérum.
10 heures. Nouvelle injection de 250 grammes de sérum.
Le 18 janvier, au matin, la température est à 37° et le pouls à 92.
La malade a la face colorée. Le pansement ne présente pas trace de sang. Suites de couches normales.

C'est un fait assez rare, lorsque le fœtus est macéré, de constater pendant la période de l'accouchement et de la délivrance un écoulement sanguin assez abondant pour menacer sérieusement la vie de la femme. A quoi faut-il attribuer cette grave complication ?

1) L'hémorragie est-elle due à un défaut de rétraction du muscle utérin? Le petit volume de l'utérus pendant que le sang coulait, l'absence de caillots, les constatations faites avec le doigt introduit dans l'utérus, sont autant de raisons pour ne pas admettre cette hypothèse. De plus, cette cause ne saurait expliquer l'écoulement sanguin, qui a été nettement constaté par la sage-femme, pendant l'expulsion des deux jumeaux.

2) S'agit-il d'une femme hémophile ? Des renseignements donnés par cette femme font bien constater qu'elle a une certaine tendance à perdre du sang. Cependant elle n'a pas eu d'hémorragie lors des deux premiers accouchements. De plus, il est rare que chez une hémophile, l'utérus saigne seul sans qu'il y ait suintement sanguin au niveau du vagin et de la vulve.

Devant la difficulté de préciser la cause de cette hémorragie, on peut se demander si l'utérus en se contractant sur les fœtus n'a point été lésé par les arêtes saillantes que formaient les os de la tête de l'un des fœtus. En effet, pendant l'examen des fœtus au laboratoire, sans savoir que la femme perdait du sang, je faisais observer à la sage-femme de service combien ces os présentaient une arête vive. Ce n'est là qu'une hypothèse, mais qui paraît la plus vraisemblable.

Quant à la conduite tenue, il est possible que si le premier tamponnement avait été fait avec autant de soin que le second, l'hémorragie n'eût point continué, ou tout au moins n'eût pas été aussi grave. Mais au moment de la première intervention je pensais qu'un tamponnement même peu serré serait suffisant.

Cette observation est intéressante : 1° au point de vue de la cause qui a produit la mort des deux fœtus et qui résulte d'une disposition anormale des cordons ; 2° au point de vue de la gravité de l'hémorragie qui s'est montrée très abondante dans des conditions où d'habitude l'écoulement sanguin est très modéré ; 3° par les bons effets des injections de sérum artificiel dont l'emploi n'était pas encore vulgarisé à cette époque.

De la ponction de l'utérus par la paroi abdominale dans l'hydropisie de l'amnios. (*Ann. de gynécologie*, 1888.)

Ce travail a pour base une observation recueillie en 1886, dans le service de M. Pinard; il s'agit d'une femme chez laquelle l'abdomen était tellement distendu qu'il était impossible de savoir s'il s'agissait d'une hydramnios, d'une tumeur abdominale ou d'une ascite venant compliquer une grossesse. L'examen direct de l'œuf par le toucher intra-utérin montra qu'il n'y avait point excès de tension de l'œuf; il était donc contre-indiqué de pratiquer une ponction des membranes.

Pour éclairer le diagnostic et surtout pour remédier aux accidents graves de suffocation qui menaçaient la vie de la femme, M. Pinard pratiqua une ponction au niveau de l'abdomen : il reconnut rapidement qu'il avait ainsi ponctionné l'utérus contenant deux jumeaux avec hydropisie de l'amnios de l'un des deux œufs; il retira 21 litres de liquide amniotique. La femme fut soulagée et accoucha quelques jours après de deux jumeaux. On retrouva sur les membranes du second œuf l'orifice arrondi produit par la pénétration du trocart.

De cette observation et de quelques autres où l'on pratiqua la ponction de l'utérus gravide, nous concluons :

1° Dans certains cas de grossesse avec hydropisie de l'amnios considérable, la distention de l'abdomen peut être telle qu'il est très difficile, voire même impossible, de faire le diagnostic de la grossesse par les moyens habituels (palper, auscultation, toucher).

Le toucher intra-utérin est indiqué; mais s'il permet de faire le diagnostic de grossesse, il peut, comme dans notre cas, être insuffisant pour renseigner sur la cause de la surdistension abdominale.

2° La ponction aspiratrice, faite par la voie abdominale avec toutes les précautions nécessaires, est doublement indiquée : elle facilite et éclaire le diagnostic; elle pare aux accidents (dyspnée, douleurs, etc.) que présente la femme.

3° Cette ponction ne fait courir aucun danger à la mère. Elle expose, jusqu'à un certain point, à l'avortement ou à l'accouchement prématuré.

Ces accidents sont ici d'importance très secondaire; il est rare en effet que dans ces cas d'hydramnios aussi considérable, la grossesse aille jusqu'à terme et que le fœtus ne présente pas quelque malformation incompatible avec l'existence.

Intoxication mortelle par le sublimé.

(*Soc. d'Obst., de Gyn. et de Pæd.*).

La femme, primipare, ayant fait une fausse couche incomplète, un curage digital est pratiqué, suivi d'une injection intra-utérine. Une pastille de sublimé est mise un peu par mégarde pendant l'injection intra-utérine dans l'eau contenue dans le bock. La femme présente les jours suivants des accidents graves caractérisés surtout par de la diarrhée profuse, fétide, avec ténesme, et par de l'anurie. La femme succombe 5 jours après l'intervention.

L'une des raisons qui rendaient intéressante la publication de cette observation, c'est qu'à cette époque l'Assistance Publique avait décidé de délivrer aux sages-femmes agréées des hôpitaux des pastilles de sublimé pour les soins antiseptiques donnés aux accouchées.

Il y avait lieu de signaler le danger particulier que présentait le sublimé employé sous cette forme lorsque les pastilles ne sont pas complètement dissoutes avant d'être utilisées.

Inversion utérine se reproduisant 4 jours après l'accouchement. Réduction. Guérison.

(*Soc. d'Obst., de Gyn. et de Pæd.*, Octobre 1905.)

Il s'agit d'un fait rare, signalé cependant par Denucé sous le nom d'inversion à répétition, d'inversion utérine se produisant pendant la délivrance et, après réduction immédiate, récidivant d'une manière insidieuse pendant les premiers jours qui suivent l'accouchement.

Les difficultés rencontrées pour réduire l'utérus ont été assez sérieuses; cependant les constatations faites au cours de l'intervention permettent de dire que, sauf certains cas exceptionnels, il est toujours possible avec de la patience et du chloroforme de réduire une inversion utérine même lorsqu'elle existe depuis 2 ou 3 jours.

Deux cas d'inversion utérine avec guérison.

(En collaboration avec M. Willette, *Congrès d'Obstetrique, de Gyn. et de Pæd. de Toulouse*, Septembre 1911.)

Dans l'un des deux cas rapportés, pour faire la réduction, nous n'avons pas hésité à soumettre la femme à l'anesthésie chloroformique malgré

son état général grave, mais nous avons pris au préalable le soin de la placer dans la position de Trendelenburg.

Nous avons insisté sur l'utilité de la manœuvre qui consiste, pour faciliter la réduction, à immobiliser la partie supérieure de l'anneau d'invagination à l'aide de la main abdominale qui, lorsque la femme a une paroi abdominale flasque, peut aider encore à la réduction en dilatant l'orifice supérieur d'invagination.

Quant au manuel opératoire, si dans nombre de cas la réduction est plus facile lorsqu'on commence par la périphérie de l'anneau d'invagination, dans d'autres cas la réduction ne s'opère facilement qu'en appuyant sur la tumeur formée par l'utérus inversé et située au-dessous de l'anneau d'invagination

On a discuté la question de savoir s'il n'y avait pas inconvénient à pratiquer le tamponnement intra-utérin dans un utérus qui vient d'être inversé pendant la période de délivrance. On a exagéré le danger que créerait la présence du tamponnement en réveillant des contractions énergiques trop violentes, qui auraient pour résultat de reproduire l'inversion utérine.

Pour combattre l'état général grave de la femme, il faut non seulement recourir aux injections hypodermiques et aux injections intra-veineuses de sérum, mais aussi, ce qui est beaucoup plus facile, introduire dans le rectum une quantité plus ou moins considérable de sérum artificiel.

Malformations fœtales et brides amniotiques.

Il est actuellement démontré qu'un certain nombre de malformations fœtales sont dues à des brides amniotiques; parmi les cas semblables que nous avons eu l'occasion d'observer, en voici un dont nous donnons le dessin (fig. 11) ainsi qu'un résumé de l'observation qui est inédite.

Accouchement prématuré. Malformations fœtales multiples par brides amniotiques.

X., âgée de 19 ans, primipare, entre le 25 Novembre 1895 à 8 h. 15 du matin, à la Maternité de Saint-Louis.

D. R. 1er au 5 mai. Mouvements actifs au commencement d'Octobre. A son entrée la hauteur de l'utérus au-dessus de la symphyse est de 19 centimètres. Pas d'hémorragie pendant la grossesse. Les premières douleurs ont commencé le 25 Novembre à 2 heures du matin. A l'entrée dans le service la dilatation est égale à une pièce de 2 francs, les membranes sont rompues. On sent dans le vagin une masse mollasse et l'on se demande s'il ne s'agit pas d'une malformation fœtale avec issue des anses intestinales. En exami-

nant plus attentivement il semble que l'on sente des vésicules remplies de liquide, de



Fig. 11. — Malformations fœtales multiples et brides amniotiques.

différentes grosseurs et fluctuantes. Au centre de cette masse on perçoit un gros cordon que l'on croit être le pédicule principal. On écarte donc le diagnostic de

malformation fœtale pour faire celui de môle hydatiforme embryonnée ; car on sent au-dessous de la masse une partie fœtale. Les battements du cœur ne sont pas perçus, les contractions utérines sont faibles et éloignées.

A 10 heures du matin, M. Lepage examine rapidement la malade et croit sentir également des vésicules de môle hydatiforme. A midi 45, la femme a des contractions énergiques ; bientôt apparaît à la vulve une masse rougeâtre, violacée, constituée par des anses intestinales ; au-dessus d'elle on sent des petits membres qui sont les pieds.

A 5 h. et demie, expulsion du fœtus qui se présente par le siége ; le fœtus est mort et présente des malformations multiples. Délivrance spontanée 10 minutes après l'expulsion du fœtus. Suites de couches apyrétiques.

Voici la description des lésions macroscopiques constatées chez le fœtus immédiatement après l'expulsion :

1° Absence de la paroi thoracique antérieure et abdominale : les anses intestinales descendent au-dessous du sacrum et ont été prises pour des villosités choriales dégénérées. Le cœur apparaît à sa place normale.

Il existe des brides amniotiques sur la partie latérale droite du thorax. L'épaule du côté gauche est presque complétement enveloppée par l'amnios.

2° Le cordon s'insère en partie sur la peau de la paroi abdominale et sur le foie. Sa longueur est de 0,18.

Le cerveau se trouve hors de la cavité crânienne. Il existe deux fortes brides nettement amniotiques dont l'une s'insère au cuir chevelu et l'autre vient brider la face du fœtus à partir du maxillaire supérieur.

Les membres inférieurs ne présentent d'autre anomalie qu'un pied bot varus du côté droit.

On constate des malformations importantes des membres supérieurs.

a) Le membre supérieur gauche est représenté par un tronçon ayant la forme d'un jambon à grosse extrémité supérieure. A hauteur de l'ombilic, sur la partie latérale se voit un lambeau ayant la forme d'un doigt qui semble être le vestige de la partie inférieure du bras gauche. Ce lambeau, fixé à la paroi latérale gauche par son extrémité inférieure légèrement renflée, se trouve libre à sa partie supérieure. Entre ces deux lambeaux, sur la peau est insérée une bride amniotique.

b) Le petit doigt du côté droit est sectionné ; il existe sur ce lambeau cutané une bride amniotique allant s'insérer au placenta.

Cette observation et cette reproduction d'une aquarelle (faite d'après nature) démontrent l'influence des brides amniotiques sur la production des malformations fœtales et viennent confirmer les recherches expérimentales de Dareste. Pinard et Varnier, dans leur *Atlas d'Anatomie obstétricale*, ont publié (page 55) deux cas analogues « dans lesquels, ce qui n'est pas commun, si nous en jugeons par les figures publiées jusqu'à ce jour, les brides amniotiques sont restées intactes au lieu d'être rompues à l'une ou à l'autre de leurs extrémités ». Cette disposition est facile à voir sur la figure 11.

Hernie diaphragmatique. (*Soc. d'Obst., de Gyn. et de Pæd.*, Octobre 1903.)

A l'autopsie d'un enfant né spontanément et qui succomba quelques heures après la naissance, on constate une hernie diaphragmatique (fig. 12)

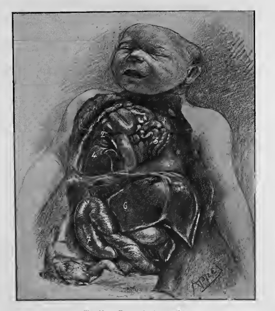


Fig. 12. — Hernie diaphragmatique.

qui siège à droite, alors que dans la majorité des cas elle siège à gauche.

L'orifice de communication est très étendu, la moitié droite du diaphragme manque presque complètement. Dans la moitié droite du thorax, on trouve l'intestin grêle presque en entier, 8 centimètres de gros intestin rempli de méconium, un lobe du foie pesant 35 grammes.

Luxation congénitale de la hanche droite chez un nouveau-né atteint de malformations multiples.

(En collaboration avec A. Grosse, *Soc. d'Obst., de Gyn. et de Pæd.*, Mars 1901.)

L'enfant présentait des malformations multiples dont les unes (luxation de la hanche, division du voile du palais) résultaient d'un arrêt de développement, tandis que l'incurvation des fémurs et la déviation des pieds était due au contraire à une attitude vicieuse des membres dans la cavité utérine.

Le diagnostic de la luxation congénitale a été fait le lendemain de la naissance, l'attention des auteurs ayant été appelée sur la possibilité de cette malformation par le raccourcissement apparent du membre inférieur et les autres malformations dont le sujet était atteint.

Sur le squelette de cet enfant ont été constatées des déformations que P. Bar et Lamotte ont décrites sur deux pièces de luxations congénitales chez des nouveau-nés, c'est-à-dire l'arrêt de développement des diverses parties de l'articulation coxo-fémorale, cavité cotyloïde, os iliaque, tête fémorale, extrémité supérieure du fémur.

Fig. 13. — Articulation coxo-fémorale droite (côté malade). — *a*, tête fémorale atrophiée; *b*, cavité cotyloïde déshabitée recouverte d'une membrane qui a été incisée (cette membrane n'est autre chose que la capsule, dont la partie supérieure a été entraînée et distendue par la tête fémorale luxée le long de l'ilium); *c*, ligament faible et distendu, *d*, dépression au niveau de laquelle se trouvait la tête fémorale.

On constate, en effet, sur le squelette de l'enfant que la cavité cotyloïde est à peine ébauchée, la tête fémorale atrophiée, déformée (fig. 13); de plus il y a absence de col fémoral, longueur exagérée du ligament rond, enfin très léger degré d'atrophie de toute la portion d'os iliaque voisine de la cavité cotyloïde et de l'aileron du sacrum du même côté. Par suite de cette déformation, le bassin est un peu asymétrique (fig. 14), aplati du côté malade, le diamètre oblique de ce côté diminué de longueur ; cet aplatissement du bassin du côté de la luxation est l'inverse de ce que l'on observe habituellement chez une femme adulte atteinte de luxation unilatérale. Chez elle le bassin est aplati du côté sain, à moins qu'il n'y ait en

même temps synostose de l'articulation sacro-iliaque de ce côté. H. Varnier

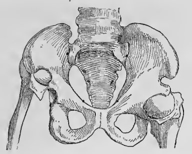


Fig. 14. — Bassin vu de face (grandeur naturelle). — La tête fémorale droite est près de l'épine iliaque antéro-supérieure. Au-dessous d'elle apparaît la cavité cotyloïde déshabitée. L'ilium droit est plus petit, ainsi que l'aileron du sacrum correspondant.

a appelé l'attention sur l'importance de cette coexistence au point de vue de la dystocie dans les bassins viciés par luxation congénitale.

Monstre avec malformations multiples et attitude particulière de la colonne vertébrale.

(Soc. d'Obst., de Gyn. et de Pæd., 11 Janvier 1904.)

L'histoire clinique de la femme chez laquelle ce fœtus fut extrait par version est intéressante à deux points de vue.

1° A cause des difficultés du diagnostic de la tumeur formée par le foie du fœtus qui apparaissait au niveau de l'orifice vulvaire à côté d'une main procidente.

2° De plus l'attitude particulière de ce fœtus qui pesait 1270 grammes rendait l'embryotomie cervicale presque impossible. Le petit volume du fœtus permit de l'extraire par version.

Il existait, en dehors de l'éventration considérable de la paroi abdominale, d'autres malformations (absence d'orifice anal, d'organes génitaux externes, etc). Le fœtus formait une sorte d'arc de cercle analogue à celui que fait un clown qui, couché sur le ventre, cherche en redressant la tête en arrière à la rapprocher du talon.

Cette attitude était pour ainsi dire irréductible; car, en agissant énergiquement sur la partie supérieure du crâne et sur les membres inférieurs, il était impossible de rapprocher l'extrémité pelvienne de l'extrémité céphalique suivant le plan antérieur du fœtus.

Il existait des brides amniotiques sur les bords de la large ouverture par laquelle faisaient hernie les viscères abdominaux, de telle sorte qu'il y avait certainement une relation de cause à effet entre ces brides et la production de l'éventration.

Il est plus difficile de déterminer si l'incurvation en sens inverse de la colonne vertébrale était due à ces brides, ou si, au contraire, elle n'a pas contribué à rendre plus considérable la hernie ombilicale en diminuant la capacité de la cavité abdominale.

Quant à la conduite à tenir chez cette femme lors de grossesses ultérieures, lorsque je présentai ce monstre, le professeur Pinard confirma mon opinion en disant que « cette monstruosité n'était pas congénitale, c'est-à-dire qu'elle n'avait pas son origine dans la graine et qu'elle était due à la présence d'adhérences amniotiques ». Il émettait en outre l'avis que la syphilis n'était pour rien dans la production de ces accidents.

Cette opinion fut confirmée ultérieurement par la naissance de deux enfants vivants bien portants, malgré l'absence de tout traitement syphilitique du père et de tout traitement de la mère pendant la gestation.

Monstre xiphodyme.

(En collaboration avec le professeur L.-H. Farabeuf, *Soc. d'Obst., de Gyn. et de Pæd.*, 13 Juin 1910.)

Il s'agit d'un monstre possédant 2 têtes, 4 bras, 2 jambes, paraissant donc double dans la partie située au-dessus du bassin, et simple au-dessous.

Ces enfants succombèrent 40 heures après la naissance. Ils furent radiographiés par le docteur Aubourg et disséqués par le professeur Farabeuf qui fit une étude anatomique des plus complètes du monstre et voulut bien faire deux dessins représentant en entier les anomalies des viscères abdominaux, il compléta ces dessins à l'aide de légendes très explicatives. Les lésions diverses du fœtus étaient les suivantes :

Monstre xiphodyme : deux têtes, quatre épaules et quatre bras ; deux cavités thoraciques, quatre poumons, deux cœurs, celui du fœtus droit inverti ; deux diaphragmes réunis en un par leurs bords adjacents, percés chacun par une aorte, un œsophage et

une veine cave ; une seule cavité abdominale, un seul bloc hépatique ; mais deux appareils biliaires comme deux estomacs, deux rates, deux pancréas (inversion sur le fœtus droit comme pour le cœur), deux intestins grêles, deux veines portes, et deux mésentères sans torsion ; les deux iléons et leurs mésentères se réunissent en un seul à



Fig. 15. — Monstre xiphodyme.

quelques décimètres d'un cæcum unique mais bicorne, chaque corne portant un appendice.

Un seul bloc rénal lombo-pelvien ayant deux hiles et deux uretères. Une capsule surrénale haute située de chaque côté. Une aorte abdominale unique résultant de la fusion des deux descendantes ; veine cave analogue. Une seule cavité pelvienne, deux sacrums adjacents sans os iliaques intermédiaires.

Mâle hypospade, testicules engagés non descendus ; anus imperforé, pied droit bot varus équin. Colonne du fœtus gauche complète avec spina-bifida lombo-sacré ; colonne du fœtus droit incomplète également, avec spina-bifida lombo-sacré.

Malformations utérines.

Quatre observations recueillies dans les services du professeur Pinard (Lariboisière, Clinique Baudelocque) ont été publiées dans la thèse de J. Picot *sur les malformations de l'utérus et du vagin* (Paris, 1891).

Les trois premières sont des cas d'utérus cordiformes dans lesquels les fœtus se présentaient par le siège. L'examen des membranes permit de contrôler le diagnostic de malformation utérine.

Dans la quatrième observation, l'utérus présentait une cloison verticale qui formait au niveau du col deux orifices distincts. Cette cloison, qui remontait sur toute la hauteur de l'utérus, présentait une solution de continuité assez étendue vers sa partie moyenne. Ces différentes constatations ont été faites par le professeur Pinard, pendant que la femme était soumise à l'anesthésie chloroformique.

De la mort apparente des nouveau-nés.

(Travail fait en collaboration avec M. G. Brosset, externe des hôpitaux, et présenté à l'*Académie de médecine* en Février 1894 pour le prix de l'hygiène de l'enfance.) Mention honorable.

Ce travail manuscrit de 234 pages est divisé de la manière suivante :

I. — Dans un premier chapitre sont résumés les principaux travaux publiés depuis A. Paré, Guillemeau et Mauriceau sur ce sujet; cet historique montre comment nos connaissances actuelles sur les causes de la mort apparente se sont peu à peu précisées au fur et à mesure que se sont développées les notions physiologiques sur le mécanisme de la respiration; on comprend également quelles difficultés ont éprouvées depuis Baudelocque les auteurs qui ont voulu donner une définition satisfaisante de la mort apparente des nouveau-nés.

II. — Dans le second chapitre de pathogénie, nous étudions les phénomènes qui se passent du côté des appareils respiratoire et circulatoire au moment où naît le fœtus, puis les conditions qui amènent la mort apparente du nouveau-né. Il est bien difficile d'établir ici une division pathogénique véritablement rationnelle et scientifique, puisque les *vrais* cas *de mort apparente* sont ceux dans lesquels l'enfant peut être ranimé et pour lesquels, par conséquent, le contrôle anatomique manque le plus souvent pour vérifier les hypothèses émises sur la cause des accidents.

III. — Si les lésions anatomiques qui causent la mort apparente sont encore un peu incertaines, les causes en sont mieux connues. Ces causes proviennent :

1° *Du placenta.* — Décollement prématuré du placenta inséré sur le segment inférieur, plus rarement décollement prématuré du placenta inséré normalement.

2° *Du cordon.* — *a*) *Procidence* ou *procubitus* (quelle qu'en soit la cause) ; *b*) *Circulaire du cordon* autour du cou ou d'un membre ; *c*) *Insertion vélamenteuse du cordon* ; *d*) Gêne de la circulation dans les vaisseaux du cordon par *brièveté naturelle* ou *accidentelle.*

3° *Le fœtus a souffert d'un travail prolongé* ou *d'interventions obstétricales* (forceps, version, etc.).

IV. — Symptomatologie. — Lorsque l'enfant naît en état de mort apparente, on constate généralement *pendant le travail* les deux signes suivants : modification des bruits du cœur et expulsion du méconium.

Le fœtus, né en état de mort apparente, peut présenter les trois états suivants : 1° il naît *étonné* ; 2° il naît en état *syncopal*: 3° il naît en état *asphyxique.*

Suivent trente-six observations de mort apparente recueillies avec détails par nous à la Clinique Baudelocque et qui peuvent être ainsi groupées.

Premier groupe. — *Dix-sept observations* dans lesquelles le fœtus né en état de mort apparente a été ranimé d'une manière définitive soit par des moyens agissant par la révulsion de la peau, soit par désobstruction des voies respiratoires avec le doigt ou avec l'insufflateur de Ribemont-Dessaignes. Quant aux causes qui ont produit la mort apparente, on trouve :

4 fois un travail prolongé : dans deux cas l'obstacle était un rétrécissement du bassin, dans un cas la dystocie était causée par un néoplasme du col.

3 fois une procidence du cordon.

1 fois compression du cordon enroulé autour du cou.

1 fois compression du cordon entre le bras et le tronc.

3 fois présentation du siège.

Dans 5 cas, il a été impossible de préciser la véritable cause de la souffrance du fœtus.

Sur ces 17 observations, il y a eu sept fois rupture prématurée des membranes.

Dans un seul cas on a eu recours, mais d'une manière très peu prolongée, qui ne permet pas d'apprécier la méthode, aux tractions rytbmées sur la langue.

Le deuxième groupe comprend *sept* observations dans lesquelles, grâce à l'in-

sufflation, on a pu faire revivre pour quelques heures des enfants nés en état de mort apparente, mais qui en réalité étaient blessés à mort par le forceps.

Dans le TROISIÈME GROUPE, il faut ranger trois cas dans lesquels, malgré l'emploi de l'insufflation et des tractions rythmées sur la langue, les enfants n'ont pu être ranimés ; à l'autopsie on a trouvé des lésions incompatibles avec l'existence.

Le QUATRIÈME GROUPE renferme quatre observations dans lesquelles les fœtus nés en état de mort apparente ont été ranimés par l'insufflation. Dans deux cas il semble bien que les tractions rythmées sur la langue aient donné des résultats inférieurs à l'insufflation.

Enfin le CINQUIÈME GROUPE comprend cinq fœtus qui, nés spontanément, ont succombé peu de temps après la naissance, après avoir été ranimés pendant quelques heures.

V. — DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC. — Lorsqu'un fœtus naît en état de mort apparente, il est important de reconnaître si l'état de mort est apparent ou réel : c'est en cela que résident les difficultés du diagnostic et du pronostic. De plus, quand un enfant est ranimé plus ou moins facilement, il n'est pas rare de le voir succomber définitivement quelques heures après : nous indiquons sur quels signes on peut se baser pour établir ce pronostic fatal. Enfin nous abordons le pronostic éloigné de la mort apparente du nouveau-né, c'est-à-dire l'influence de cet état asphyxique sur la production de *la maladie de Little* et des *paralysies infantiles spasmodiques*.

Les divers TRAITEMENTS employés pour combattre la mort apparente des nouveau-nés sont les suivants :

A. — Moyens employés pour produire le réflexe respiratoire en *excitant la sensibilité de la peau* (*bains froids, bains chauds ou sinapisés, frictions sur la colonne vertébrale*, etc.).

B. — Moyens employés pour produire le réflexe respiratoire par tractions rythmiques sur la langue (procédé de Laborde) avec discussion des observations rapportées par l'auteur de la méthode.

C. — Moyens employés pour désobstruer les premières voies aériennes et empêcher la pénétration dans les voies respiratoires des mucosités contenues dans les fosses nasales et dans l'arrière-bouche (aspiration des mucosités).

D. — Méthodes de respiration artificielle analogues à celles qui sont usitées chez l'adulte, par exemple dans l'état de syncope respiratoire au cours de l'anesthésie chloroformique (procédé de Sylvester). Un autre procédé est celui de Schultze, usité en Allemagne.

E. — *Méthodes* d'excitation du réflexe respiratoire par insufflation d'air :

1° par l'insufflation de bouche à bouche; 2° par l'insufflation à l'aide d'un instrument, en particulier à l'aide du tube de Chaussier, modifié par Ribemont-Dessaignes.

Les *conclusions* de ce mémoire sont les suivantes :

La mort apparente des nouveau-nés comprend les cas dans lesquels le fœtus, ***immédiatement après son expulsion***, ***ne présente aucun signe extérieur de vie extra-utérine ou ne présente que des signes de vie peu accusés tels que de faibles battements du cœur***, et peut cependant être ranimé d'une manière durable.

Il serait utile de séparer de ces faits ceux dans lesquels le fœtus n'est ranimé que pour quelques heures et succombe; il serait plus juste de dire alors qu'il n'a présenté que des signes de *vie apparente*.

Nombreuses sont les conditions qui produisent la mort apparente du nouveau-né: d'une manière générale la dystocie, quelle qu'en soit la cause, en favorise souvent la production.

Il est un certain nombre de causes telles que la compression du cordon au cours du travail, la longueur de la période de dilatation et d'expulsion, dont l'intervention de l'accoucheur peut triompher plus ou moins aisément. Il en est d'autres contre lesquelles l'accoucheur est à l'heure actuelle puissamment armé, ce sont les cas où une application de forceps dans un bassin rétréci produit des lésions graves par réduction du volume de la tête. En sachant s'abstenir de ces opérations trop souvent meurtrières, on évitera souvent d'avoir à lutter contre un état qui se rapproche plus de la *mort réelle* que de la *mort apparente*.

Le pronostic de la mort apparente dépend essentiellement de la cause qui l'a produite; il est aussi influencé dans nombre de cas par le sang-froid, la persévérance et l'habileté de la personne chargée de ranimer l'enfant.

Dans les cas légers de mort apparente tous les moyens, même les plus simples, donnent de bons résultats.

Lorsque la vitalité de l'enfant est réellement compromise par suite du non-établissement des fonctions cardio-respiratoires, l'emploi du tube de Ribemont-Dessaignes constitue la meilleure méthode de traitement; elle remplit les deux indications capitales: (A) celle de désobstruer les voies aériennes trop souvent remplies de mucosités chargées de méconium; (B) celle d'exciter le réflexe respiratoire par le contact direct de l'air avec l'arbre aérien. Cette méthode est, à l'heure actuelle, entre des mains exercées, celle qui donne les meilleurs résultats; malheureusement, nombre de médecins et de sages-femmes, n'étant pas familiarisés avec l'emploi de cet instrument, ne peuvent s'en servir qu'avec difficulté.

C'est une des raisons qui font que la méthode des tractions rythmées sur la langue, préconisée par Laborde, est appelée à rendre de grands services; elle est d'une application facile, mais à l'heure actuelle, sauf une observation discutable, elle n'a pu réussir à ranimer des enfants que l'insufflation méthodique n'avait pas rappelés à la vie.

Il n'y a presque rien à changer à ces conclusions qui datent de vingt ans et qui étaient surtout basées sur l'expérience des maîtres de l'obstétrique à cette époque; la méthode de Laborde, qui faisait grand bruit, n'est plus guère usitée que dans les cas où le médecin ou la sage-femme n'ont pas sous la main l'instrument de Ribemont-Dessaignes ou ne savent pas bien s'en servir. Le nombre de ces derniers se restreint de plus en plus, au fur et à mesure que se perfectionne l'instruction obstétricale des étudiants en médecine et des sages-femmes.

Note sur le traitement des péritonites puerpérales.
(*Soc. d'Obst., de Gyn. et de Pæd.*, 8 Mai 1905.)

Ce travail contient plusieurs observations de péritonite chez des accouchées; elles montrent les difficultés du diagnostic et de la conduite à tenir.

Certaines de ces observations indiquent également qu'il n'est pas toujours indispensable de pratiquer la laparotomie à la suite de perforations utérines produites par exemple par une injection intra-utérine.

Cette note a, en outre, pour but d'appeler l'attention des accoucheurs et des chirurgiens sur la nécessité de préciser ce qu'il faut entendre par infection puerpérale; cette distinction est nécessaire pour apprécier dans les accidents d'infection les résultats et par conséquent les indications des opérations, en particulier de celles qui sont exceptionnelles comme les hystérectomies vaginale et abdominale; il faut tenir compte des conditions dans lesquelles a eu lieu l'accouchement (époque de la rupture des membranes, durée du travail, manière dont ont été prises les précautions antiseptiques, etc.), et de la manière dont ont débuté les accidents fébriles.

De plus, il est indispensable de distinguer les accidents qui surviennent, lorsque l'expulsion de l'œuf a lieu pendant les 5 ou 6 premiers mois, de ceux qui surviennent après l'accouchement à terme ou près du terme. Dans la première catégorie des faits désignés sous le nom d'accidents *post abortum*, il faut séparer les accidents qui surviennent après un avortement spontané de ceux qui ont lieu après un avortement criminel, ceux-ci causant

presque seuls la morbidité et surtout la mortalité des femmes de cette catégorie. Quand une péritonite survient dans ces conditions, il est préférable de l'appeler péritonite *post abortum*.

On peut à la rigueur conserver l'expression vague de péritonite puerpérale qui caractérise les accidents péritonitiques qui surviennent pendant les 8 à 10 jours qui suivent l'accouchement à terme ou près du terme.

Cette dénomination a l'inconvénient de mettre sur le compte de la puerpéralité — et par contre-coup du médecin qui a fait l'accouchement — des accidents qui auraient pu survenir en dehors de la grossesse (péritonite appendiculaire, péritonite par rupture de pyosalpinx, etc.) : il serait préférable de les désigner sous le nom d'accidents péritonitiques chez une accouchée, ce qui ne préjugerait pas la cause des accidents.

Phlébites puerpérales.

(*Soc. obst. de France*, 1912.)

Dans la discussion qui a suivi le rapport fait sur ce sujet par MM. Jeannin, Vanverts et Paucot, j'ai fait quelques réserves sur la constance d'une fréquence anormale du pouls comme signe d'une phlébite profonde pouvant donner lieu par embolie à la mort subite. Par contre, j'ai rapporté plusieurs observations confirmant l'opinion émise par les rapporteurs sur les thromboses et montré qu'on a quelque peu exagéré l'influence de l'infection sur la production des phlébites puerpérales. Tous les accoucheurs ont été surpris de voir évoluer des complications phlébitiques chez des femmes chez lesquelles l'accouchement avait été simple, normal, la délivrance sans incidents, ce qui n'avait pas empêché, au bout de quelques jours, de petites élévations de température de se produire, et tous les signes d'une phlegmatia alba dolens d'apparaître. Il est possible que, dans un certain nombre de cas, ces phlébites ne soient pour ainsi dire que la continuation de lésions veineuses qui se sont produites dans les derniers temps d'une grossesse en apparence normale.

Il est une conclusion qu'il faut dégager de ces faits au point de vue pratique : c'est que si, dans certains cas, la phlegmatia alba dolens résulte d'une infection hétérogène qui trouve un terrain propice du fait des conditions diverses qu'ont bien rappelées Vaney et Jeannin, dans nombre de cas la phlegmatia alba dolens résulte de l'exagération d'un processus physiologique, ou n'est que la continuation d'un processus pathologique qui s'est produit à la fin de la grossesse.

Rupture de l'utérus chez une femme ayant un bassin rétréci. Rupture prématurée des membranes 5 jours avant l'accouchement. Procidence d'un bras et du cordon. Pose d'un ballon Champetier de Ribes. Version par manœuvres internes. Hystérectomie supra-vaginale. Mort de la mère et de l'enfant.

(*Soc. d'Obst., de Gyn. et de Pæd.*, Octobre 1901.) (En collaboration avec M. Grosse.)

Il s'agit d'une rupture de l'utérus qui s'est produite chez une femme dont l'utérus était vide depuis plusieurs jours, et chez laquelle la procidence du cordon et d'une main ont nécessité des interventions qui ont déterminé la déchirure du muscle utérin. Il est difficile de préciser à quel moment exact s'est fait la rupture soit pendant que le ballon Champetier était en place, soit pendant la version par manœuvres internes.

Il est vraisemblable d'admettre que la déchirure a été amorcée par la distension causée par le ballon, et qu'elle a été agrandie au cours de l'extraction du fœtus et de la tête dernière.

Il faut cependant remarquer que la version était particulièrement facile, comme on l'observe lorsqu'il y a une solution de continuité de l'utérus.

Bien que la femme ait été opérée très peu de temps après l'accouchement, elle succomba 4 jours après l'intervention.

Cette observation est le seul cas de rupture utérine que j'ai publié; plusieurs autres femmes ont été opérées dans les mêmes conditions et sans succès, sauf une que j'ai opérée à la Clinique Tarnier en 1907 et qui a guéri ainsi que deux autres observées en ville, opérées par le professeur Hartmann, et dont les observations ne sont pas publiées.

OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES

J'ai résumé ici, non pas toutes les opérations obstétricales que j'ai eu l'occasion de pratiquer, mais seulement un certain nombre d'entre elles, soit à cause de l'intérêt chronologique qu'elles présentent, soit parce qu'elles sont intéressantes au point de vue des indications et du choix à faire entre différentes opérations.

Comme tous les accoucheurs français, j'ai essayé, par une étude plus

précise que jadis de la physiologie de l'accouchement, de limiter le plus possible le nombre des interventions obstétricales.

Si, entraîné par les travaux de Pinard, de Varnier, de Farabeuf, j'ai pratiqué un assez grand nombre de symphyséotomies, je me suis vite aperçu que cette opération n'était pas sans faire courir des risques locaux assez sérieux aux femmes; et, à une époque où cette opération était prônée et pratiquée de tous côtés, j'ai timidement fait des réserves sur les indications de cette opération, et essayé de montrer par des exemples tirés de ma pratique qu'elle n'était pas aussi inoffensive qu'on pouvait le croire.

Quant à l'opération césarienne, rénovée en France par le professeur P. Bar, je l'ai acceptée d'autant plus volontiers que l'un des premiers, en France (1895), j'ai pratiqué avec succès pour la mère et pour l'enfant cette opération chez une malade qui m'avait été confiée par Péan. Depuis, j'ai peut-être cédé un peu à l'engouement des accoucheurs pour cette intervention; c'est ainsi que j'ai publié à l'Académie de médecine (1907) plusieurs cas d'opérations césariennes pratiquées à une époque très avancée du travail, voire même à la dilatation complète et alors que la femme avait subi d'autres interventions.

Je n'ai peut-être pas à cette époque fait des réserves suffisantes sur les dangers de ces opérations, que j'ai appelées « opérations césariennes tardives ». Ayant depuis opéré quelques femmes dans ces conditions, j'ai observé des complications assez sérieuses. Dans un cas même, celui d'une femme opérée en ville, que j'ai publié en 1913 à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, j'ai eu à déplorer un décès.

A la Maternité de Boucicaut, sur les vingt et une opérations césariennes pratiquées de 1909 au mois de juillet 1913, il n'y a eu aucun décès ainsi qu'on peut le constater en lisant la thèse de mon élève Péradon sur ce sujet.

Dans un cas cependant, postérieur à la thèse de Péradon, une femme primipare, chez laquelle j'ai pratiqué l'opération césarienne, à cause d'une éclampsie des plus graves, a succombé 2 jours après l'intervention; mais il est difficile d'affirmer que la mort résulte plutôt de l'intervention pratiquée que de la complication grave que cette femme présentait.

C'est peut-être en obstétrique qu'il est le plus difficile de prendre une décision pour le choix à faire entre les différentes opérations qui ont pour but d'extraire le fœtus par les voies naturelles ou par la voie haute. C'est par l'étude détaillée des faits et des résultats obtenus que peu à peu on arrivera à préciser autant qu'il est possible en clinique les indications opératoires; c'est pour cette raison que j'ai publié in extenso un assez grand

nombre d'observations de femmes opérées par moi, et ayant subi la symphyséotomie, l'opération césarienne conservatrice ou non. Dans les pages suivantes, je vais exposer la part, modeste sans doute, que j'ai prise au perfectionnement des opérations que l'accoucheur peut être obligé de faire pendant la puerpéralité.

Basiotripsie.

Dans son mémoire sur le basiotribe Tarnier, M. Pinard, après avoir relaté différentes expériences faites sur le mannequin à l'aide du basiotribe, a rapporté plusieurs observations de basiotripsies pratiquées sur la femme vivante. La première d'entre elles a été faite à Lariboisière le 19 janvier 1884, en présence du professeur Tarnier; cette observation I (page 36 dudit mémoire) a été rédigée par nous.

Le professeur Ribemont-Dessaignes a publié en août 1886 (*Annales de Gynécologie*) une note sur une manœuvre destinée à favoriser l'extraction du tronc du fœtus après basiotripsie; cette manœuvre consiste, lorsque les épaules sont retenues au niveau du rétrécissement du bassin, à exercer des tractions sur l'un des membres supérieurs au risque de fracturer l'humérus, et d'abaisser ce membre supérieur: l'engagement successif des épaules est possible, alors que l'engagement simultané rencontre des difficultés presque insurmontables. Les observations 2, 3 et 4 de ce mémoire ont été recueillies par nous à la Maternité de Lariboisière.



Fig. 16. — Le broiement de la tête fœtale est terminé : ses grands diamètres répondent au diamètre antéro-postérieur du bassin. Il est impossible d'engager la tête dans cette attitude.

Un point important du manuel opératoire de la basiotripsie est, après broiement de la tête fœtale au-dessus du détroit supérieur, de ne pas exercer de tractions immédiates (fig. 16), mais d'orienter suivant le diamètre transverse du bassin (fig. 17) les grands diamètres de

la tête broyée qui se trouvent suivant le diamètre antéro-postérieur. Les photographies (fig. 16 et 17) qui représentent cette manœuvre permettent de la comprendre plus facilement.



Fig. 17. — A l'aide du basiotribe l'opérateur a imprimé à la tête un mouvement de rotation qui a mis ses grands diamètres en rapport avec le diamètre transverse du bassin : l'extraction est alors facile.

Parmi les nombreuses opérations de basiotripsie que j'ai pratiquées, j'en signalerai une publiée dans la thèse de Pierre Farabeuf (1893, page 122). Chez cette femme, je fus obligé, fait exceptionnel, de pratiquer, pour extraire l'enfant, six applications du basiotribe. Cette femme étant revenue accoucher ultérieurement dans le service, le professeur Pinard jugea nécessaire, afin d'avoir un enfant vivant, de pratiquer une opération de Porro, en raison de la viciation extrême du bassin.

Deux cas de basiotripsies pratiquées avec une dilatation peu avancée de l'orifice utérin.

(*Soc. d'Obst., de Gyn. et de Pæd.*, Mars 1903, en collaboration avec M. Grosse.)

L'accoucheur est toujours un peu embarrassé lorsqu'il se trouve en présence d'une femme chez laquelle le fœtus a succombé au cours du travail, et chez laquelle, en raison de la longueur de l'accouchement et des symptômes fébriles, il y a lieu d'intervenir malgré une dilatation incomplète de l'orifice utérin.

Dans deux cas nous nous sommes servis du basiotribe, comme on employait jadis le céphalotribe (c'est-à-dire après avoir pratiqué la perforation du crâne avec le perforateur du basiotribe et après l'avoir enlevé) en appliquant simplement les deux branches du basiotribe comme celles d'un forceps. Ainsi, dans les cas où il y a lieu d'intervenir pour extraire un fœtus mort à travers un orifice utérin en état de rigidité et insuffisamment dilaté, on peut, après perforation, retirer le perforateur et appliquer seulement les deux cuillers

du basiotribe, lorsqu'on est gêné par les petites dimensions de l'orifice pour y placer ensemble les trois branches de l'instrument.

De l'application du forceps au détroit supérieur.

(Thèse inaugurale, Paris, 1888.)

Dans cette étude, faite sous la direction du professeur Pinard, nous avons fait connaître la méthode qu'il préconisait depuis 1883 pour appliquer le forceps au détroit supérieur.

Cette méthode consiste à saisir la tête d'une manière régulière, c'est-à-dire à appliquer le forceps sur les parties pariétales de la tête comme on le fait lorsque la tête est dans l'excavation. Cette manière de faire a bien été indiquée autrefois par Smellie et Baudelocque ; mais ces auteurs paraissent avoir éprouvé de grandes difficultés dans l'application de ce principe.

En tout cas, cette méthode était complètement abandonnée ; on la déclarait même impossible à appliquer. M. Pinard a montré que la prise régulière de la tête au niveau du détroit supérieur était possible et donnait de meilleurs résultats que les autres méthodes d'application du forceps.

Avant la description du manuel opératoire, nous avons insisté sur l'importance qu'il y a à préciser l'*attitude de la tête fœtale* au niveau du détroit supérieur ; avant d'opérer il est bon de connaître non seulement le diagnostic de la position, mais encore le degré de flexion de la tête, son inclinaison, son degré d'engagement et surtout les rapports du volume de la tête fœtale avec les dimensions du détroit supérieur. « Il nous semble, disions-nous, qu'on accorde une trop grande importance à la mensuration exacte des diamètres du bassin ; *la pelvimétrie instrumentale commence heureusement à être délaissée.* Sans doute il est intéressant d'apprécier à peu près exactement le diamètre promonto-sous-pubien et d'en déduire le diamètre promonto-pubien minimum, afin d'évaluer quelles chances on a d'extraire un fœtus vivant. Mais n'y a-t-il pas également à tenir compte un peu plus du volume de la tête fœtale ? Rien ne servirait à un ingénieur de chemin de fer de savoir la hauteur d'un pont s'il ne connaissait en même temps l'élévation du wagon qui doit s'engager sous ce pont. C'est donc avec raison que M. Pinard insiste depuis quelques années sur la nécessité d'examiner à l'avance si la tête déborde peu ou pas la symphyse pubienne ; faisant coucher la femme sur le dos, il applique, dans l'intervalle d'une contraction, la tête fœtale contre le promontoire, en la repoussant aussi fortement que possible

et en l'immobilisant en cette position, il recherche si la tête surplombe au-devant de la symphyse. »

Suit une description détaillée du manuel opératoire de l'application de forceps au détroit supérieur; elle comprend plusieurs temps : 1° introduction de la main ; 2° introduction et placement de la première branche ; 3° introduction de l'autre main et placement de la seconde branche ; 4° articulation ; 5° extraction.

1er TEMPS. — *Introduction de la main.* — L'accoucheur doit introduire la main, *toute la main*, une partie même de l'avant-bras, si la chose est nécessaire, pour aller à la recherche de l'oreille postérieure. Si l'inclinaison a lieu sur le pariétal antérieur, l'action de la main est précieuse; grâce à elle, on peut abaisser dans une certaine mesure l'oreille postérieure, ce qui facilite singulièrement l'application des cuillers et l'articulation des branches.

2e TEMPS. — *Introduction et placement de la première branche.* — La main, ainsi introduite, a la face palmaire appliquée sur l'oreille postérieure; la face dorsale est en contact avec la face interne de l'utérus. L'autre main saisit le manche de l'une des branches (celle de même nom), puis introduit peu à peu la cuiller suivant les règles habituelles; on enfonce doucement la cuiller jusqu'à ce qu'elle touche à l'oreille, coupant son extrémité supérieure et venant par son extrémité au niveau de l'apophyse malaire. On donne au manche une direction variable suivant le degré de flexion : si la tête est peu fléchie, on incline le manche du côté où se trouve l'occiput, de manière que : 1° l'axe de la cuiller se rapproche le plus possible de l'axe occipito-mentonnier; 2° à ce que les tractions aient pour résultat d'abaisser l'occiput.

La première branche est placée, elle est placée aussi bien que possible : la main — guide — est alors retirée doucement, tandis que l'autre main fixe la branche, l'empêche de dévier. Cette branche ne doit plus bouger ; c'est elle qui sert de point de repère pour placer symétriquement l'autre branche, l'antérieure. On la confie à un aide qui la saisit solidement par le manche.

3e TEMPS. — *Introduction de l'autre main et placement de la seconde branche.* — L'accoucheur introduit doucement l'autre main, et sur cette main comme guide glisse la seconde branche, la branche droite. L'extrémité de la cuiller doit être poussée aussi en arrière que possible, jusqu'à venir *toucher* la paroi postérieure du bassin. C'est alors seulement qu'on commence à abaisser un peu le manche de cette branche, en même temps qu'avec les doigts de la main enfouie dans les parties génitales, on presse sur le bord convexe de la cuiller que l'on ramène ainsi peu à peu en avant,

jusqu'à ce qu'elle ait atteint ou à peu près la ligne médiane. Généralement la branche antérieure est alors enfouie dans l'utérus; elle est introduite parfois de 8 à 10 centimètres de plus que la postérieure; ce qui tient en partie à la différence de niveau des deux oreilles. Si l'on tire alors en bas cette seconde branche en l'arc-boutant légèrement contre la symphyse, on détruit l'obliquité de la tête ou mieux son inclinaison. Le forceps vient d'agir, ou plutôt l'une des branches, l'antérieure, vient d'agir comme un levier.

Ce mouvement de spire est très important : de sa bonne exécution dépend souvent tout le succès de l'opération. Ce mouvement se rapproche du mouvement de spire de Mme Lachapelle, dont il diffère cependant en ce qu'il se passe au-dessus du bassin, tandis que l'autre a lieu dans l'excavation et qu'il est beaucoup plus limité.

4e TEMPS. — *Articulation.* — Il est alors facile d'articuler les deux branches du forceps; on serre suffisamment la vis de pression, on libère les tiges de traction sur lesquelles on applique le tracteur.

5e TEMPS. — *Extraction.* — Avant de commencer les tractions, on s'assure par le toucher que la tête est bien saisie et l'on tire. Il suffit alors de se laisser guider par les branches du forceps : c'est le bassin qui oriente l'instrument. On voit alors les manches du forceps s'incliner peu à peu en arrière jusqu'à ce que la bosse pariétale antérieure ait franchi le détroit supérieur.

Il importe, pendant les tractions, de surveiller la vis de pression : il arrive, en effet, que la tête, descendant peu à peu, se trouve serrée plus fortement par la ceinture osseuse que par le forceps lui-même, ou du moins celle-ci ne diminue autant le volume de la tête que parce qu'il est serré lui-même par le bassin. La vis de pression n'est plus alors assez serrée : il faut la serrer à nouveau; sans cette précaution l'instrument dérape.

Les tractions ne doivent, autant que possible, être exercées que d'une main; il faut de temps en temps toucher avec les doigts de l'autre main pour s'assurer des progrès que fait la tête; c'est surtout lorsque le forceps sort peu à peu des parties génitales qu'il importe de s'assurer que la tête suit la progression du forceps et qu'il n'y a pas de menace de dérapement.

Lorsque le fœtus est extrait, on peut se rendre compte des positions diverses qu'ont occupées les cuillers par rapport à la tête fœtale, en examinant les empreintes. On voit alors que les empreintes de la première application sont marquées sur les deux oreilles, l'extrémité des cuillers appuyant sur leur partie inférieure, tandis que dans la seconde application, les empreintes de l'extrémité des cuillers portent sur les joues. Il faut égale-

ment remarquer que, dans certains cas, les empreintes montrent bien que, par suite de la mobilité de la tête entre les cuillers, la flexion s'est opérée : on observe alors deux empreintes différentes qui correspondent aux deux positions différentes occupées par la tête entre les cuillers.

Une autre remarque, c'est que, dans toutes les applications de forceps, c'est la branche antérieure qui laisse sur la joue la trace la plus manifeste.

5° Cette étude se termine par un parallèle entre l'application de forceps régulière et les autres modes d'application : elle est d'exécution un peu plus difficile, mais permet de réaliser trois conditions nécessaires pour une bonne application : 1° prise régulière de la tête; 2° traction dans l'axe du canal que la tête doit parcourir; 3° mobilité de la tête pendant son parcours.

Cette méthode, qui avait pour but de faire passer, avec le traumatisme minimum, une tête fœtale à travers un bassin rétréci, est un peu abandonnée depuis la rénovation de la symphyséotomie et depuis que l'on a recours à l'extraction par la voie haute toutes les fois où le bassin paraît trop étroit pour permettre sans danger l'extraction du fœtus par les voies naturelles; de plus, il m'est arrivé plusieurs fois d'extraire vivant à l'aide d'une application oblique une tête fœtale que je n'avais pu entraîner malgré une prise régulière. Cependant cette prise mérite d'être conservée dans la pratique parce qu'elle est moins traumatisante que les autres.

Hystérectomie supra-vaginale chez une primipare à bassin coxalgique.

(*Soc. d'Obst., de Gyn. et de Pæd.*, Octobre 1901, en collaboration avec Grosse.)

Cette opération est une des premières hystérectomies supra-vaginales qui, en France, aient été faites en obstétrique en dehors des ruptures de l'utérus.

Il s'agissait d'une femme primipare âgée de 29 ans, ayant eu à l'âge de 3 ans une coxalgie grave avec suppurations multiples. La déformation du bassin étant très accusée, il parut nécessaire de terminer l'accouchement par la voie haute. Il y avait du reste une autre indication résultant d'une diminution du diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur (diamètre P.S.P. 86 mm.).

Comme cette femme était tuberculeuse, il parut préférable de compléter l'opération césarienne par l'ablation de l'utérus dans le but d'éviter des grossesses ultérieures.

L'enfant vécut et la femme guérit.

Des indications de l'opération césarienne.

(*Soc. d'Obst., de Gyn. et de Pæd.*, Octobre 1908.)

A propos d'une communication de J. Potocki, j'ai cherché à préciser les indications de l'opération césarienne.

Sans doute la gravité de l'opération césarienne diminue chaque jour au fur et à mesure que la technique opératoire se perfectionne et que l'opération est faite par des accoucheurs quelque peu entraînés à la chirurgie abdominale. Cependant tout en reconnaissant que les indications de la section utérine deviendront de plus en plus fréquentes, je n'ai pas renoncé à la pratique de la symphyséotomie dans les rétrécissements du bassin.

J'estime que, faite dans certaines conditions, elle donne des résultats non moins satisfaisants que l'opération césarienne en faisant courir moins de risques immédiats à la femme et en ne l'exposant qu'à des inconvénients insignifiants pour l'avenir. En résumé, l'opération césarienne, dont le pronostic s'est tant amélioré depuis dix ans, mérite d'entrer de plus en plus dans la pratique obstétricale, mais il importe de ne pas en trop généraliser l'emploi.

Il faut tenir compte, dans les cas où l'accoucheur est hésitant sur la conduite à tenir, du désir exprimé par la femme de tout tenter pour avoir un enfant vivant; mais les craintes qui peuvent exister pour la vie de celui-ci ne peuvent suffire à constituer une indication définitive à l'intervention par la voie haute lorsqu'il n'existe pas de difficultés réelles à sa sortie par les voies naturelles.

Opération césarienne pour dystocie par excès de volume du fœtus.

(*Soc. d'Obst., de Gyn. et de Pæd.*, 13 Février 1911.)

Chez une femme enceinte pour la troisième fois, dont les deux accouchements antérieurs s'étaient terminés par la naissance d'enfants volumineux, qui avaient succombé dans les 24 heures qui suivirent leur naissance, j'ai pratiqué l'opération césarienne au début du travail, bien que cette femme n'eût pas de rétrécissement du bassin nettement appréciable. L'enfant extrait pesait 5030 grammes et présentait un développement anormal des épaules par rapport aux dimensions de la tête qui était cependant déjà volumineuse.

Note sur les indications de l'opération césarienne.

(*Soc. d'Obst., de Gyn. et de Pæd.*, Juillet 1908.)

Une des questions difficiles de l'obstétrique opératoire est de diagnostiquer l'existence d'un rétrécissement du bassin suffisant pour empêcher la sortie du fœtus vivant et viable par les voies naturelles.

Une autre question délicate est de savoir dans quels cas chez une femme en travail l'opération césarienne peut être pratiquée sans lui faire courir des risques sérieux.

La crainte très légitime de faire une opération césarienne chez une femme qui peut avoir un léger début d'infection fait que certains auteurs, P. Bar en particulier, qui a tant contribué à la rénovation de l'opération césarienne en France, préfèrent intervenir avant tout début de travail, ou tout au moins dès le début du travail, c'est-à-dire à une époque où il est encore difficile d'affirmer que l'accouchement n'est pas possible par les voies naturelles.

La principale objection qui peut être faite à cette conduite, c'est qu'on peut, dans certains cas, pratiquer une opération césarienne sans avoir la certitude absolue de sa nécessité.

Chez une primipare observée à la Clinique Tarnier, et dont le bassin était manifestement touché par le rachitisme (diam. Pr. S. P. 91 mm.), il avait été décidé qu'en raison de l'angustie pelvienne on pratiquerait l'opération césarienne au début du travail. Il se produit une rupture hâtive des membranes; une heure après, le travail débute. Par suite d'une circonstance fortuite (instruments non stérilisés), l'opération césarienne n'est pas pratiquée; un nouvel examen montre d'ailleurs que le fœtus n'est pas très volumineux : l'expectation est décidée.

Bien que cette femme albuminurique, n'ayant pas suivi scrupuleusement le régime lacté, soit prise d'accès éclamptiques, on laisse le travail continuer : 30 heures après le début du travail, cette femme expulse spontanément un fœtus vivant de 2900 grammes.

Cette observation prouve qu'il est quelquefois exagéré de recourir à l'opération césarienne à la fin de la grossesse, voire même au début du travail, puisque dans certains cas où l'opération césarienne semblait formellement indiquée, l'expulsion spontanée d'un fœtus vivant est possible.

Opération césarienne tardive pour procubitus du cordon chez une primipare âgée.

(*Soc. d'Obst., de Gyn. et de Pæd.*, Juin 1909.)

L'opération fut pratiquée chez une primipare de 35 ans, ayant un « *bassin limite* » et chez laquelle se produisit, au cours d'une deuxième application de forceps, une procidence du cordon. Cette complication rendant fort aléatoire pour le fœtus l'extraction par les voies naturelles, même après symphyséotomie, l'opération césarienne fut pratiquée et permit d'extraire un enfant de 3 k. 500 et qui quitta le service en bon état.

Malgré les conditions un peu défavorables dans lesquelles fut faite cette intervention, les suites opératoires furent bonnes.

Statistique des opérations césariennes à la Maternité de Boucicaut.

(Du 1er Janvier 1909 au 1er Juillet 1913.)

Le compte rendu de ces opérations, qui ont été presque toutes faites par moi (mon collègue et ami Rudaux, assistant du service, en a fait 3), a été publié dans la thèse (1913) de M. A. Péradon, externe du service.

21 opérations césariennes ont été pratiquées chez 11 primipares et 10 multipares. Ces opérations ont été faites :

1° 16 fois chez des femmes ayant des bassins rachitiques ; dans 3 de ces cas, il y avait en outre excès de volume diagnostiqué du fœtus et 2 fois insertion basse du placenta ;

2° Une fois chez une femme ayant un bassin oblique ovalaire ;

3° Une fois chez une femme ayant un bassin coxalgique ;

4° Une fois pour une présentation de la face ;

5° Dans 2 cas l'opération a été faite parce qu'il y avait souffrance d'un fœtus trop volumineux.

La césarienne abdominale a toujours été conservatrice, sauf dans un cas où, de propos délibéré, l'hystérectomie subtotale a été pratiquée parce qu'il persistait d'une première opération césarienne une fistule au niveau de la paroi abdominale.

Toutes les femmes sont sorties vivantes du Service, en moyenne 21 jours après l'intervention. Dans 3 cas, il y eut des complications assez sérieuses : phlébite double, abcès de la paroi abdominale, abcès du sein.

Quant aux enfants, 19 ont quitté la Maternité en très bon état. Deux sont morts : l'un 2 jours, l'autre 29 jours après la naissance.

Si l'on peut, pour 2 ou 3 de ces opérations, discuter la valeur de l'indication opératoire, par contre, sur mon conseil, Péradon a relevé et publié plusieurs observations recueillies dans le service à la même époque, et dans lesquelles il y aurait eu avantage pour l'enfant et pour la mère à recourir à l'extraction par la voie haute.

C'est dire que, malgré la bénignité de l'opération césarienne, elle n'est pratiquée à la Maternité de Boucicaut qu'en cas d'indication aussi nette que possible.

Il y a lieu, à ce point de vue, de distinguer les multipares des primipares. Chez les premières, l'indication est plus facile à poser parce que les résultats donnés au point de vue de l'enfant par les accouchements antérieurs peuvent, dans une certaine mesure, aider à prendre une décision ; tandis que chez les primipares, à moins de viciation pelvienne très accusée ou de fœtus très volumineux, il est très difficile d'établir un pronostic sur les chances que peut avoir le fœtus de traverser vivant la filière pelvienne.

Ce n'est que par l'étude attentive des suites immédiates et tardives de l'opération césarienne, et par conséquent par des notions exactes sur la gravité de cette opération, qu'on arrivera à préciser d'une manière aussi rigoureuse que le comporte un problème de clinique les indications et contre-indications de l'opération césarienne.

Opération de Porro.

Cette opération — qui mérite d'être conservée dans la pratique obstétricale dans certains cas où il y a intérêt à opérer rapidement chez une femme surmenée par un travail prolongé ou déjà infectée — est la première opération abdominale qu'aient pratiquée les accoucheurs français ; c'est pourquoi il me semble intéressant de résumer, surtout à cause de l'époque à laquelle elles ont été faites, les trois premières opérations de Porro pratiquées par moi : la première a été publiée dans le Fonctionnement de la Clinique Baudelocque (année 1893, p. 59), les deux autres dans mon exposé de titres pour le concours d'agrégation.

I. — Femme opérée à la Clinique Baudelocque le 22 août 1893. Cette femme est amenée du dehors ayant subi une application de forceps. Tout l'orifice utérin est envahi par un néoplasme cancéreux sur une hauteur de 2 centimètres. Opération de Porro, pratiquée par M. Lepage, d'après le procédé de Müller. L'enfant pèse à la naissance

2870 grammes. Il était vivant en février 1894. La température de la mère n'a jamais dépassé 37°,5. La femme est sortie vivante du service, mais dans un état très prononcé de cachexie qui n'a pas permis d'intervention chirurgicale secondaire.

II. — *Épithélioma du vagin et du col de l'utérus. — Opération de Porro. Enfant mort quelques jours après la naissance.*

X..., I-pare, âgée de 26 ans, entre à la Maternité de Saint-Louis le 15 septembre 1895. Les dernières règles datent de fin novembre 1894. Pendant la grossesse, cette femme a eu constamment des métrorragies d'abord peu considérables, puis plus abondantes, accompagnées de douleurs abdominales avec irradiation dans les membres inférieurs. A son entrée (10 heures du soir), elle dit souffrir depuis 4 heures du matin. Le sommet se présente en O.I.G.A. Les bruits du cœur fœtal sont normaux. Au toucher on sent surtout sur la paroi latérale droite du vagin cinq ou six masses dures, isolées les unes des autres, du volume de petites noisettes; entre ces masses, la muqueuse est indurée et ulcérée. La lèvre antérieure du col est dure, bourgeonnante et augmentée de volume. A gauche le col est dilaté comme une pièce de 1 franc. A travers la poche des eaux intacte on sent la tête du fœtus. On porte le diagnostic de cancer du col et du vagin. M. Lepage examine la femme à minuit un quart; il confirme le diagnostic d'épithélioma du vagin et du col; il ne croit pas utile d'intervenir parce que la portion gauche du col n'est point atteinte par le néoplasme et qu'elle pourra peut-être se dilater et laisser passer l'enfant qui n'est pas très développé.

Le lendemain, 16 septembre, à 6 heures du matin, la dilatation a peu progressé (2 francs), les douleurs sont très vives et les bruits du cœur sont moins nettement perçus. On pratique l'opération de Porro à 9 heures du matin.

L'utérus étant incisé, on arrive sur le placenta, qui est enlevé rapidement; on procède ensuite à l'extraction du fœtus.

Un lien élastique maintenu par un clamp est serré sur la partie inférieure de l'utérus. On procède alors aux sutures, puis l'utérus est amputé au-dessus du lien, on passe une broche et on cautérise au thermocautère. On termine l'opération par la suture de la paroi abdominale.

L'enfant, en état de mort apparente, est ranimé après 20 minutes de respiration artificielle. C'est un garçon de 1940 grammes, mesurant 48 centimètres, il meurt quelques jours après sa naissance.

Les suites de l'opération ont été normales. Chute du pédicule le 17e jour. Quelques jours après la plaie abdominale est cicatrisée à peu près complètement, et la malade quitte le service sur sa demande.

III. — *Rétrécissement du bassin rachitique pseudo-ostéomalacique. — Femme ayant 1 m. 08 de taille. Fœtus vivant, pesant 2680 gr. — Femme guérie.*

X..., âgée de 28 ans, fleuriste, entre à la Maternité de l'hôpital Saint-Louis le 16 octobre 1895.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant. La mère a eu onze enfants du même père : huit survivent; un enfant est mort en bas âge; deux filles sont mortes du croup. L'avant-dernier enfant, qui a 8 ans, est de petite taille et présente des déformations des membres et du squelette qui ressemblent à celles que présente notre malade; cette dernière est la quatrième des onze enfants. Elle sait qu'elle a marché tard, mais ne se rappelle pas exactement à quel âge.



Fig. 18. — Femme rachitique (ayant subi l'opération de Porro) vue de face.

Elle est enceinte pour la première fois ; les dernières règles datent du 12 avril 1895.

Cette femme présente des lésions rachitiques très prononcées (fig. 18) ; elles sont surtout marquées au niveau du bassin et des membres inférieurs. Légère asymétrie du crâne ; la dentition est mauvaise.

La colonne vertébrale est presque verticale. Il existe au niveau des bords supérieurs des os iliaques une dépression qui correspond à la partie supérieure du sacrum. Au-dessous, le sacrum, examiné par sa face postérieure, présente une courbure à convexité postérieure très accentuée.

Bassin. — Le bassin est petit dans tous ses diamètres ; on atteint très facilement avec un doigt non seulement la face antérieure du sacrum et l'angle sacro-vertébral, mais aussi les parties latérales du bassin. Il semble qu'elles se soient enfoncées vers le centre du bassin sous l'influence de la pression exercée par les fémurs. Le diamètre promonto-sous-pubien mesure 66 millim. ; en réalité la partie utilisable de ce diamètre est beaucoup inférieure à cette dimension, car le pubis forme en avant une saillie marquée, de telle sorte que la par-

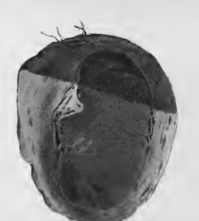


Fig. 19. — Fragment supérieur de la moitié droite de l'utérus. La partie claire est la coupe du cordon. La face antérieure de la figure vient s'appliquer sur la face supérieure de la fig. 20.



Fig. 20. — Sur la partie supérieure, on retrouve la zone claire de la fig. 19, représentant la coupe du cordon. L'épaisseur de la face postérieure (FP) de l'utérus, sur laquelle s'insère le placenta est moindre que celle de la face antérieure A.

tie antérieure de la ligne innominée forme une sorte de diverticule inter-pubien. Il suffit de pratiquer le toucher chez cette femme pour conclure que la seule opération rationnelle qui puisse être pratiquée est l'extraction du fœtus par la voie abdominale.

Habituellement, avant d'être enceinte, la malade marchait un peu; depuis sa grossesse il lui est impossible de marcher. De plus, quand elle est assise son ombilic descend au niveau des genoux, par suite de l'antéversion très accusée que présente l'utérus gravide. Cette antéversion est tellement marquée qu'il est difficile de tenir propres les sillons inguinaux et toute la région hypogastrique.

La femme reste au lit jusqu'à la fin de la grossesse sans présenter d'autres symptômes qu'une dyspnée un peu marquée par suite du développement de l'utérus. Pas d'albumine.

M. Lepage décide d'attendre le début du travail pour pratiquer l'opération de Porro. Pendant les jours qui précèdent l'intervention, la quantité d'urine oscille entre 600 gr. et 800 gr.

Les premières douleurs apparaissent le 1er janvier à 4 heures du matin, mais elles ne se caractérisent d'une manière nette que dans l'après-midi. A 5 h. 12 du soir, M. Lepage commence l'opération avec l'assistance d'un interne de l'hôpital et des deux sages-femmes du service. L'antéversion est si marquée que l'incision abdominale remonte assez haut au-dessus de l'ombilic et que l'incision utérine, nécessaire à l'extraction du fœtus, intéresse non seulement le fond, mais la paroi postérieure de l'utérus, ainsi qu'on peut le voir sur les figures 19 et 20 qui représentent les coupes de la moitié droite de l'utérus congelé après l'opération.

Le fœtus extrait est une fille qui pèse 2680 gr. et mesure 48 centim. de longueur.

Le placenta est inséré sur la face postérieure de l'utérus ; il a été laissé en place et l'utérus, après avoir été suturé et enlevé, a été congelé.

Malgré des crevasses très rebelles et malgré l'état très précaire de cette femme infirme, elle put nourrir un peu son enfant. L'allaitement fut suspendu à cause du mauvais état de cette femme qui s'alimentait peu et l'enfant fut envoyé en nourrice le 22 janvier ; il était à ce moment en bon état et pesait 2650 gr.

Le 25, M. Lepage fait le pansement de la plaie abdominale, il enlève le serre-nœud, le pédicule tombe.

La cicatrisation a demandé quelque temps pour être complète.

La mère et l'enfant (aujourd'hui une jeune fille de 19 ans) sont vivantes actuellement (mars 1914.)

Un cas de dystocie par rigidité du col. Opération de Porro.

(*Bull. Méd.*, 14 Novembre 1903.)

Chez une femme enceinte pour la sixième fois et qui avait subi, lors d'accouchements antérieurs, des interventions laborieuses ayant amené des déchirures du vagin et du col, l'opération de Porro fut pratiquée avec succès pour la mère et pour l'enfant.

Dans cette leçon sont discutées les *indications relatives* de l'opération de Porro et de l'hystérectomie subtotale. La conclusion est que l'opération de Porro « est une opération qui doit être conservée dans la pratique en raison

même de son innocuité relative qui permet de terminer l'accouchement dans les cas de dystocie sérieuse. »

Opération de Porro pratiquée chez une VI-pare, ayant un rétrécissement du bassin rachitique (Diam. P. S. P. 9,6). Rupture prématurée des membranes 5 jours avant l'accouchement. Enfant vivant. Guérison.

(*Soc. d'Obst., de Gyn. et de Pæd.*, 14 Octobre 1901.)

Les accouchements antérieurs avaient été dystociques. Une symphyséotomie avait été pratiquée lors du second accouchement et une basiotripsie sur la tête dernière lors du cinquième accouchement.

Bien que le fœtus ne fût pas très volumineux, je décidai de l'extraire par la voie haute à cause de l'état cicatriciel du vagin et de la zone péri-urétrale, et parce que le fœtus souffrait; il me parut nécessaire d'enlever l'utérus en raison du long espace de temps qui s'était écoulé entre la rupture des membranes et le moment de l'intervention.

Chez cette femme, la cicatrisation complète de la plaie opératoire n'eut lieu que 2 mois après l'opération : cette longue convalescence m'engagea à recourir dans l'avenir plus volontiers à l'hystérectomie subtotale qu'à l'opération de Porro.

Opération de Porro faite au début du travail chez une multipare ayant un bassin vicié par ostéomalacie. Guérison.

(*Soc. d'Obst., de Gyn. et de Pæd.*, 11 Mars 1907, en collaboration avec le professeur Pinard.)

Il s'agit d'une femme chez laquelle des signes divers d'ostéomalacie existaient depuis 4 ans. Au cours d'une nouvelle grossesse, ces accidents allèrent en augmentant. Le professeur Pinard porta le diagnostic de bassin ostéomalacique, décida de laisser évoluer la grossesse et d'intervenir au moment du travail; c'est dans ces conditions que je pratiquai l'opération de Porro.

Deux mois après cette opération, la station debout et la marche étaient encore impossibles; mais, vers la mi-novembre, la femme pouvait monter 3 étages sans aucune aide, et peu à peu elle a repris toutes ses occupations. Les accidents d'ostéomalacie paraissaient surtout localisés au niveau du bassin.

Opération de Porro pratiquée 24 heures après l'opération césarienne chez une femme ayant une hémorragie grave causée par la désunion totale de la paroi utérine. Guérison.

(*Soc. d'Obst., de Gyn. et de Pæd.*, 15 Octobre 1906.)

Le conseil donné il y a encore quelques années d'être toujours prêt, lorsqu'on pratique une opération césarienne conservatrice, à enlever l'utérus pour cause d'hémorragie rebelle trouve rarement son indication, puisque habituellement l'hémorragie s'arrête grâce aux sutures de la paroi et à l'emploi d'ergotine ou d'ergotinine en injections sous-cutanées.



Fig. 21. — Femme de petite taille ayant une cyphose lombaire.

Dans un cas observé à la Clinique Baudelocque, j'ai dû recourir à l'ablation de l'utérus chez une femme (fig. 21) chez laquelle j'avais pratiqué une opération césarienne et dont la cavité abdominale avait été drainée. Un suintement sanguin très abondant se montra dans les 24 heures qui suivirent l'opération et m'obligèrent à intervenir à nouveau.

La plaie utérine était béante, les bords éversés, des débris de catgut étaient encore adhérents au tissu utérin à l'endroit de quelques points de suture; il y avait du sang et des caillots dans la cavité péritonéale.

La femme guérit et sortit avec son enfant qui est actuellement vivant (mai 1914).

L'accident observé tient très probablement à la mauvaise qualité du catgut; car, lors d'une opération césarienne conservatrice pratiquée quelques jours auparavant dans le même service par le chef de clinique, il y eut quatre jours après l'opération une désunion de la paroi abdominale suturée avec ce catgut qui n'était pas celui qu'on employait habituellement. L'accident observé me fit abandonner pendant quelque temps l'emploi du catgut pour les opérations césariennes, mais depuis cinq ans, j'ai repris ce matériel de suture sans avoir le moindre ennui.

Le drainage de la cavité abdominale après l'opération césarienne conservatrice est encore en discussion. Il est à peu près abandonné par presque tous les accoucheurs; cependant, dans le cas actuel, il a rendu service en permettant au sang provenant de l'utérus de s'écouler au dehors et en nous forçant pour ainsi dire à réouvrir la cavité abdominale.

En présence d'un tel accident, fallait-il faire une nouvelle suture de la paroi utérine, ou pratiquer l'ablation de l'utérus? Cette dernière intervention paraît plus rationnelle surtout lorsqu'on se trouve en présence d'une femme dont l'état général est très inquiétant du fait de l'hémorragie.

Symphyséotomie.

Parmi les observations de symphyséotomie que j'ai pratiquées, j'en ai publié un certain nombre; j'ai ainsi apporté ma contribution à l'enquête faite sur les indications et contre-indications et sur le pronostic de cette opération.

La première observation, publiée par moi, a été souvent citée parce que la symphyséotomie n'a pas été faite pour dystocie osseuse, mais pour tumeur intra-pelvienne empêchant la descente de la tête. L'indication en paraît peut-être aujourd'hui discutable; mais il ne faut pas oublier qu'à l'époque où cette intervention fut faite, les accoucheurs français se souciaient peu d'intervenir par la voie abdominale et que la renaissance de la symphyséotomie créait une atmosphère de véritable enthousiasme. Ce cas peut être résumé sous la rubrique suivante :

Accouchement prématuré à 8 mois et demi. Impossibilité d'extraire le fœtus avec le forceps en raison d'une tumeur utérine ou juxta-utérine descendant dans l'excavation. Symphyséotomie pratiquée en ville chez une secondipare. Enfant vivant. Mère guérie. Suites de couches physiologiques. Réveil d'une cystite ancienne. (*Ann. de gyn. et d'obstétrique*, Avril 1893.)

Chez cette femme secondipare il existait de la dystocie causée par une tumeur intra-pelvienne; il fut impossible d'extraire le fœtus avec le forceps. Je me décidai, après avoir pris l'avis du professeur Pinard, à pratiquer la symphyséotomie. Il fut alors facile d'extraire vivant un fœtus qui est aujourd'hui un adulte bien portant.

Après avoir discuté les indications de l'intervention, je formulai les conclusions suivantes :

1° La symphyséotomie est une opération d'*urgence* qui peut être pratiquée avec succès en dehors des Maternités.

2° Elle ne doit pas être réservée aux femmes ayant des viciations osseuses du bassin ou à celles dont les fœtus présentent des dimensions trop considérables par rapport aux dimensions d'un bassin normal.

3° Elle peut être indiquée dans *certains* cas où une tumeur utérine ou juxta-utérine vient s'engager au-dessous de la partie fœtale et obstrue en partie l'excavation pelvienne, sans pouvoir être refoulée en haut. Elle peut de même être utilisée lorsque la tumeur fait partie intégrante des parois de l'excavation.

4° Des observations plus nombreuses sont nécessaires pour catégoriser les cas dans lesquels il faudra recourir, soit à l'accouchement prématuré artificiel suivi ou non de symphyséotomie, soit à la symphyséotomie d'emblée, soit à l'ablation de la tumeur par la voie vaginale ou par la voie abdominale.

Le toucher manuel, pratiqué sous chloroforme, est un procédé d'examen presque nécessaire pour prendre une détermination.

5° Ce qui ressort plus nettement encore de notre observation, c'est que : *a*) l'accouchement prématuré artificiel, pratiqué vers huit mois et demi de grossesse, eût été insuffisant et n'eût que difficilement ou même n'eût pas permis d'extraire, avec le forceps, un enfant vivant ; *b*) les moyens de contention du bassin après symphyséotomie peuvent être réduits au minimum ; il suffit à la rigueur d'immobiliser les membres inférieurs à l'aide de deux liens placés au-dessous et au-dessus des genoux, et de soulever facilement les malades à l'aide d'un appareil élévatoire. Une seule personne peut ainsi donner tous les soins nécessaires à la femme pendant les suites de couches, sans avoir à chaque instant besoin d'aides pour maintenir la malade soulevée.

Sans doute, à l'époque actuelle où l'on a recours si facilement — trop facilement peut-être — à la voie haute pour terminer un accouchement dystocique, on ne songerait plus guère à intervenir par symphyséotomie dans un cas semblable au nôtre, et cependant la symphyséotomie n'aurait-elle pas encore le double avantage de terminer l'accouchement, en respectant l'intégrité du muscle utérin ?

Dans une note publiée à la session de 1909 de la Société Obstétricale de France, j'ai fait connaître la suite de l'histoire de cette malade.

Pendant 15 ans, la tumeur, qui m'avait bien semblé être distincte de l'utérus, n'avait déterminé que des troubles insignifiants; mais des douleurs étaient survenues qui déterminèrent cette dame à se faire opérer en province.

La laparotomie montra que la tumeur était un *kyste dermoïde volumineux de l'ovaire gauche.*

Ce complément d'observation précise la nature de la tumeur qui avait causé la dystocie. Elle montre, en outre, qu'un kyste dermoïde de l'ovaire peut n'évoluer que lentement puisque, dans le cas présent, pendant de longues années il ne détermina pas de troubles suffisants pour légitimer une intervention chirurgicale.

Du pronostic de la pubiotomie.

(*Congrès d'Obst., de Gyn. et de Pæd. de Toulouse*, **1911**.)

A propos de la communication de M. Martel (de Saint-Etienne) sur la pubiotomie, j'ai discuté l'opinion émise par lui qu'en prenant certaines précautions qu'il a indiquées pour sectionner le bassin, « la mortalité maternelle devient certainement nulle ». Je doute que le pronostic soit toujours aussi favorable en raison des conditions même dans lesquelles le plus habituellement est pratiquée la section du bassin. On opère souvent, en effet, des femmes qui sont depuis longtemps en travail, qui ont perdu les eaux depuis un certain temps et qui par conséquent peuvent déjà présenter un certain degré d'infection. Sans doute, celle-ci peut ne pas être directement imputée à l'opération, mais il n'en est pas moins vrai que, quel que soit le manuel opératoire employé pour agrandir le bassin, il y aura toujours des cas de morbidité et même de mortalité maternelles.

En réalité la pelvitomie rend service, non seulement aux enfants des femmes qui subissent cette opération, mais surtout à celles qui accouchent spontanément après une expectation prolongée que seule autorise la possibilité d'une symphyséotomie tardive.

Il n'y a guère lieu d'établir un parallèle entre la gravité de l'opération césarienne et celle de l'agrandissement du bassin : ce sont deux opérations qui sont pratiquées dans des conditions tout à fait différentes. Il est évident que les suites opératoires immédiates de l'opération césarienne pratiquée dès le début du travail sont forcément meilleures que celles d'une opération, comme la pelvitomie, pratiquée à une époque tardive du travail.

Dix-huit opérations de symphyséotomies pratiquées à la Clinique Baudelocque et dans les maternités de Tenon, Saint-Louis, La Charité et Beaujon.

Quatre opérations de symphyséotomie ont été pratiquées par nous à la Clinique Baudelocque (trois pendant notre clinicat ; une pendant une garde

faite comme répétiteur) ; elles ont été publiées par le professeur Pinard dans le compte rendu annuel qu'il publiait à cette époque. Ce sont :

Obs. 1 (n° VIII) [1], 30 juillet 1892. (*Annales de gynécologie*, 1892, t. XXXVIII, p. 442.)
Obs. 2 (n° XVII), 6 février 1893. (*Annales de gynécologie*, 1894, t. XLI, p. 5.)
Obs. 3 (n° XXIV), 13 août 1893. (*Annales de gynécologie*, 1894, t. XLI, p. 14.)
Obs. 4 (n° LII), (n° 375, de 1895). — Cette femme est la même que la précédente. La symphyséotomie a été pratiquée chez elle par nous pour la seconde fois.

Ces quatre interventions ont été suivies de la guérison de la mère et de la survie de l'enfant.

Six observations de symphyséotomies pratiquées à la Maternité de Saint-Louis ont été publiées dans les *Annales de gynécologie et d'obstétrique* (mars-avril 1896). Ces observations sont suivies de réflexions se rapportant aux indications, au manuel opératoire de la symphyséotomie et aux incidents qui peuvent survenir au cours de l'opération. Les six femmes et les six enfants sont sortis vivants du service.

En mars 1898, nous avons publié dans les *Ann. de gynécologie* 8 observations de symphyséotomies dont trois recueillies dans les Maternités de Tenon, de Saint-Louis et de la Charité, les cinq autres ont été pratiquées par nous dans le service du Dr Ribemont-Dessaignes, alors que nous étions son assistant. Ces huit femmes ont guéri ; l'une d'elles présentait un bassin asymétrique.

Quant aux enfants, l'un d'eux, dont la vitalité était gravement compromise au moment de l'intervention, n'a pu être ranimé. Un autre enfant a été extrait vivant, mais a succombé au bout de 48 heures : sa mort est évidemment due aux interventions intempestives de forceps et de levier-préhenseur pratiquées avant la symphyséotomie.

L'une de ces observations mérite d'être particulièrement signalée. C'est celle d'une femme ayant le bassin probablement normal et chez laquelle, nous appuyant sur l'une des conclusions du mémoire de H. Varnier au Congrès de Moscou, nous avons pratiqué la symphyséotomie d'emblée pour l'excès de volume du fœtus qui pesait 5200 grammes.

Parmi ces 8 observations de symphyséotomie, nous devons en signaler 3 dans lesquelles la symphyséotomie a été pratiquée pour la seconde fois ; nous avons insisté sur les particularités opératoires constatées en pareil cas.

En résumé, sans entrer dans le détail des conclusions qui peuvent être tirées de ces observations, donnons simplement le résultat brut : les

[1] Les numéros d'ordre indiquent le rang qu'occupent ces observations dans la liste des symphyséotomies pratiquées à la Clinique Baudelocque depuis le 4 février 1892. C'est à cette date que le professeur Pinard a pratiqué sa première symphyséotomie.

17 femmes opérées (l'une d'elles a été opérée deux fois par nous) ont guéri; si quelques-unes ont présenté des accidents fébriles pendant les suites de couches, la vie d'aucune n'a été sérieusement en danger. Quant aux enfants, 16 ont vécu, 2 sont morts dans les conditions que nous avons signalées plus haut, c'est-à-dire sans que la symphyséotomie puisse en aucune façon être incriminée.

Sept observations de symphyséotomies.

(*Soc. d'Obst., de Gyn. et de Pæd.*, 5 Octobre 1900.)

Six de ces observations ont été publiées dans la thèse de mon externe Vantwtberge (Contribution à l'étude de la symphyséotomie. Thèse, Paris, 1900).

Sur les 7 femmes opérées, une est morte moins d'une heure après l'opération sans qu'il soit possible de préciser quelle part revient dans cette terminaison fatale aux causes suivantes : 1° Surmenage de l'organisme en général et de l'utérus en particulier pendant le travail ; 2° choc opératoire ; 3° emploi du chloroforme chez une femme dont le cœur a été trouvé malade par un anatomo-pathologiste distingué.

Parmi les complications observées, notons qu'une autre femme a présenté une hémorragie assez inquiétante; une autre de l'incontinence persistante d'urine; deux autres une fistule vésico-vaginale.

Deux des enfants sont morts pendant les jours qui ont suivi la naissance.

De l'examen de ces observations détaillées, je concluais :

1° Que la symphyséotomie n'est pas une opération bénigne ; 2° que chez toute femme symphyséotomisée il est nécessaire, avant de pratiquer la suture de la plaie pubienne, d'examiner avec soin les lésions de l'orifice utérin : toute déchirure du col un peu étendue doit en effet être immédiatement suturée. On aura soin de ne pas utiliser la même aiguille pour la suture de la plaie pubienne.

En outre, je faisais quelques réserves sur l'emploi du levier préhenseur de Farabeuf, qui paraît plus dangereux pour la vessie et l'urètre que le forceps, à cause de la largeur de sa cuiller antérieure et de l'amincissement de ses bords.

La symphyséotomie ne doit être pratiquée qu'autant qu'on n'a pas de doutes sérieux sur la vitalité du fœtus. Toutes les fois où celle-ci paraît compromise par des interventions antérieures ou par un état de souffrance nettement constaté au cours de la période de dilatation, il vaut mieux

s'abstenir d'agrandir le bassin. La difficulté est de préciser les cas où la vitalité du fœtus n'est pas compromise.

Les résultats fournis par la symphyséotomie seront d'autant meilleurs que l'opération sera pratiquée plus tôt, c'est-à-dire avant qu'il n'y ait surmenage de l'organisme maternel ou souffrance du fœtus. On opère trop souvent quand le fœtus a souffert et qu'il y a déjà un début d'infection utérine: la raison pour laquelle on intervient généralement trop tard est la crainte légitime de faire une intervention inutile.

Depuis la publication de ces observations j'ai pratiqué tant à la Pitié que dans les Cliniques Baudelocque et Tarnier d'autres opérations de symphyséotomie, une de pubiotomie qui sont inédites : les résultats obtenus ont été meilleurs que dans la dernière série publiée, puisqu'il n'y a pas eu de décès maternel. Cette amélioration tient surtout à ce que les cas ont été mieux sélectionnés et que l'opération n'a plus guère été pratiquée chez les primipares à cause du danger qui résulte pour elles des déchirures des parties molles trop étroites.

Analgésie locale pour la suture du périnée après l'accouchement.

(*Soc. d'Obst., de Gyn. et de Pæd.*, 10 Octobre 1910.)

Tous les accoucheurs sont actuellement d'accord pour réparer le plus complètement possible les lésions produites par le passage du fœtus au niveau des organes génitaux. Ils éprouvent chez certaines femmes une assez grande difficulté pour faire les sutures nécessaires à cause des souffrances causées par le passage des aiguilles qui servent à faire les sutures.

Lorsque la solution de continuité du périnée est très étendue, qu'elle intéresse le sphincter et la cloison recto-vaginale on peut recourir à l'anesthésie générale qui n'est plus indiquée si les lésions sont moins importantes. Il est utile, en pareil cas, d'employer la méthode d'anesthésie locale (avec la cocaïne ou la novocaïne) conseillée par le professeur Reclus.

Cette méthode m'a permis de constater que dans presque tous les cas l'analgésie fut complète, les femmes n'eurent de sensation à peine désagréable qu'au moment de l'injection de la solution anesthésiante et de la ligature des fils de suture.

PLACENTA

Tumeur conjonctive du chorion placentaire.

(*Soc. d'obst., de Gyn. et de Pæd.*, Décembre 1906. En collaboration avec A. Couvelaire)

Une primipare, âgée de 32 ans, accouche à terme, après application de forceps, d'un enfant pesant 3020 gr. avec un placenta de 500 grammes. Au niveau du centre de la face utérine du placenta il existe une tumeur jaunâtre, rénitente, à surface lisse, bosselée, du volume d'un œuf de poule. Elle occupe la place d'un cotylédon. Sa surface ne dépasse guère le niveau de la surface placentaire ; elle est séparée du tissu placentaire environnant par un sillon net. Sur une coupe de la tumeur elle apparaît comme formée de plusieurs lobes sessiles; elle fait suite au chorion basal, encapsulée par une coque blanchâtre, mince vers la partie utérine, épaisse et traversée de gros vaisseaux au niveau de son implantation sur le chorion.

La tumeur offre à la coupe une coloration rouge, par places tachetée de blanc ou de jaune.

Au point de vue histologique, cette tumeur est un mixo-fibrome du chorion basal, ou plus exactement une hyperplasie mixo-fibreuse du chorion basal.

Chorio-angiome du placenta.

(*Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, Novembre 1913.)

L'intérêt de cette pièce ne réside pas seulement dans le volume de la tumeur placentaire (fig. 22), ni dans sa structure histologique, qui montre qu'il s'agit d'un chorio-angiome; mais la réaction de Wassermann, positive chez cette femme, tend à prouver que la syphilis n'est pas étrangère au développement de cette tumeur placentaire.

Cette observation vient à l'appui de l'hypothèse émise par Plauchu et Savy sur la nature probablement syphilitique des chorio-angiomes placentaires. Du reste, en dehors du résultat de la réaction de Wassermann, cette hypothèse est ici confirmée par les particularités observées lors de deux

grossesses (hydramnios considérable, accouchement prématuré, naissance de 2 enfants dont l'un avait des déformations multiples et dont l'autre a

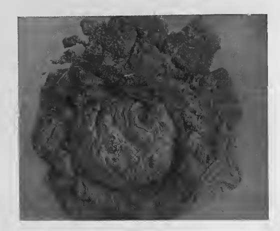


Fig. 22. — Chorio-angiome du placenta.

succombé peu de temps après la naissance, hypertrophie placentaire très accusée par rapport au poids du fœtus, etc.).

Hémorragie par décollement prématuré du placenta.

Lorsqu'une femme perd du sang, dans les trois derniers mois de la grossesse, l'accoucheur pense de suite à une hémorragie causée par le décollement du placenta inséré sur le segment inférieur. L'hémorragie peut être due à une autre cause, par exemple au décollement du placenta normalement inséré; l'une des causes de ce décollement est la brièveté naturelle ou accidentelle du cordon. Nous résumons l'observation ci-dessous qui est inédite; elle montre par quel mécanisme le fœtus a décollé lui-même peu à peu son placenta par des tractions exercées sur le cordon.

Hémorragies de la grossesse. — Mort du fœtus in utero. — *Décollement prématuré du placenta par brièveté accidentelle du cordon (circulaires autour du cou et du pied). — Expulsion de l'œuf entier.*

X..., secondipare, 22 ans, entre à la Maternité de l'Hôtel-Dieu-Annexe le 25 août 1896, à 2 heures du soir.

Antécédents pathologiques. — Cette femme a eu une première crise de rhumatisme



Figᵉ 25. — Décollement du placenta par brièveté du cordon.

à 18 ans et demi ; depuis cette crise elle éprouve des battements de cœur fréquents (il existe au cœur un souffle d'insuffisance mitrale).

Le premier accouchement s'est terminé à terme par la naissance d'une fille bien portante.

Grossesse actuelle : D. R. du 13 au 17 février.

Dans la nuit du 17 au 18 août la malade est réveillée par une hémorragie qui paraît avoir été très abondante ; il est vrai que du liquide amniotique est mélangé avec le sang. Pas de douleurs.

Le 18 août, une sage-femme appelée déclare que la femme a perdu les eaux, qu'une fausse couche est imminente ; la femme continue à perdre du sang le 19.

La femme est envoyée à l'hôpital. Pas de douleurs.

Le 25 août, expulsion de quelques caillots.

Le 26, à 7 heures du soir, reprise des douleurs et de l'hémorragie. La femme expulse à minuit 45 un fœtus, mort et macéré, enfermé dans les membranes. La délivrance se fait spontanément, de suite après l'expulsion du fœtus.

En examinant le fœtus enveloppé dans l'amnios, on constate qu'il existe un circulaire du cordon autour du cou ; en ouvrant avec soin l'amnios, il s'écoule de la cavité amniotique une faible quantité de liquide de coloration noirâtre.

Les membres supérieurs et inférieurs conservent l'attitude de la flexion, sauf le membre inférieur droit dont la cuisse est appliquée verticalement sur la partie latérale droite de l'abdomen ; la jambe est étendue à angle obtus, de telle sorte que le talon se trouve au niveau de la région précordiale (fig. 23).

Au niveau du tiers inférieur de la jambe droite existe un circulaire serré du cordon. En examinant les dispositions de ce dernier on constate que, partant de l'ombilic, il se dirige vers la partie latérale droite du cou, revient à gauche, puis vient enserrer le pied par une anse. Le cordon passe au-dessus de la jambe pour remonter vers l'épaule gauche. Il vient à 6 centimètres s'insérer sur les membranes et le trajet sur les membranes est de 3 centimètres.

Sur le placenta on trouve le chorion resté adhérent ; il existe sur la face utérine du placenta une dépression au niveau de laquelle se trouvent quelques caillots anciens. Le tissu placentaire est légèrement blanchâtre, un peu friable, en plusieurs points de consistance plus ferme, de coloration plus foncée, mais ces lésions ne rappellent en rien celles des foyers albuminuriques.

Au niveau de l'insertion ombilicale, le cordon est tendu. Ces dispositions du cordon se voient sur la partie latérale droite du fœtus.

Hémorragie rétro-placentaire et mort du fœtus de 4 mois et demi à la suite d'un traumatisme sur la région abdominale.

(*Soc. d'Obst., de Gyn. et de Pæd.*, 22 Avril 1901.)

Cette observation, qui a été le point de départ de la thèse de Lelong sur ce sujet, établit une corrélation assez nette entre le traumatisme (chute contre l'angle d'un buffet) et la mort du fœtus par décollement prématuré du placenta normalement inséré.

C'est une observation intéressante par sa rareté ; car si le traumatisme a été souvent invoqué comme cause de décollement prématuré, les

observations qui établissent la réalité de cette cause sont très peu nombreuses.

Hémorragie grave due au décollement prématuré du placenta. Mort de l'enfant. Basiotripsie. Mort de la femme.

(*Soc. d'Obst., de Gyn. et de Pæd.*, Oct. 1908.)

En 1907, une sage-femme de Montdidier fut poursuivie en police correctionnelle pour homicide par imprudence parce qu'une femme qu'elle assistait avait succombé au cours du travail par suite d'une hémorragie interne causée par un décollement prématuré du placenta.

Le Prof. Pinard déposa en faveur de la sage-femme devant le Tribunal correctionnel en rappelant combien, dans certains cas, l'hémorragie interne par décollement prématuré du placenta est difficile à diagnostiquer et redoutable pour la femme ; à l'appui de cette opinion, il cita plusieurs observations recueillies dans différentes Maternités parisiennes.

Je crus utile de publier *in extenso* une observation recueillie à La Pitié en 1899 et qui montre la gravité du décollement prématuré malgré les soins donnés. Le médecin qui avait été chargé, à Montdidier, de l'expertise avait reproché à la sage-femme de s'être absentée et d'avoir laissé passer le moment, où en rompant les membranes elle eût pu éviter ou tout au moins limiter une hémorragie grave.

Or, chez la femme observée à La Pitié, la rupture des membranes qui avait été pratiquée très peu de temps après son entrée à l'hôpital, n'empêcha pas, une heure après, l'hémorragie de se reproduire en assez grande abondance.

Le même médecin expert avait déclaré qu'en employant « en temps utile les moyens destinés à délivrer la femme, on lui donne environ 90 chances de survie ». Notre observation démontre les difficultés du diagnostic et l'impuissance, pour remédier aux effets de l'hémorragie, de l'évacuation de l'utérus ; elle prouve que, si nombre de cas d'hémorragies par décollement prématuré du placenta ne sont pas graves, il en est dans lesquels l'épanchement sanguin intra-utérin est assez abondant pour que la femme meure malgré les soins qui lui sont donnés et sans qu'il y ait de nouvel écoulement sanguin.

Hématome placentaire.

(*Soc. d'Obst., de Gyn. et de Pæd.*, Oct. 1899.)

Le placenta présenté contenait un hématome sous-chorial qui occupait presque la moitié de la surface fœtale du placenta.

Cet hématome s'est développé dans les derniers mois de la grossesse et a causé l'accouchement prématuré. Il est probable que les lésions diverses notées sur le placenta doivent être rattachées à de l'endométrite.

Chez cette femme, les accouchements se sont terminés par la naissance d'enfants de plus en plus éloignés du terme, puisque le premier pesait 2 kg 590, le second 2 kg 410, et le troisième 2 kg 090.

Placenta marginé.

Parmi les lésions placentaires qu'on constate sur l'œuf après son expulsion l'une des plus intéressantes est la *margination*, non seulement à cause de l'obscurité qui règne encore sur la pathogénie de cette lésion, mais encore en raison des troubles (hémorragies, expulsion prématurée, etc.), qu'on observe en pareil cas pendant la grossesse.

Si cet état du placenta est aujourd'hui mieux connu grâce à divers travaux résumés dans la très intéressante thèse de Ch. Funck (de Nancy) sur le *Placenta marginé* (*margination, circonvallation, circonplicature*) il l'était beaucoup moins à l'époque (1896-1897) où ont été recueillis les documents ci-dessous: Küstner, G. Klein, Porak et R. Martin, etc., étaient alors presque les seuls auteurs qui avaient étudié ces lésions.

Voici résumées les observations de trois femmes dont les placentas ont été dessinés et sont reproduits ici.

X., secondipare, 26 ans, entre à la Maternité de l'Hôtel-Dieu-Annexe le 18 octobre 1896.

Son premier accouchement (1894) s'est terminé spontanément et avant terme par la naissance d'une fille vivante.

Grossesse actuelle. — La femme ne se souvient pas de la date exacte de ses dernières règles qui ont eu lieu probablement en mars. Elle pense être enceinte de 7 mois.

L'enfant petit, né en état de mort apparente, est ranimé et mis en couveuse; il pèse 1790 grammes, il meurt six jours après la naissance.

La délivrance se fait normalement 25 minutes après l'accouchement.

Le placenta pèse 970 grammes. En l'examinant par sa face fœtale (fig. 24), on constate que les membranes n'occupent qu'une portion très restreinte de la surface du placenta.

Le cordon est inséré au centre du placenta. Celui-ci ayant une forme à peu près circulaire, a un diamètre de 16 centimètres. La circonférence qu'occupent les membranes au centre du placenta a seulement un diamètre de 7 centimètres, de telle sorte qu'en examinant la surface fœtale du placenta du centre vers la périphérie on constate : 1° au centre la portion recouverte par les membranes; 2° au pourtour de cette circonférence il existe un anneau (B) de coloration blanchâtre formé par de la fibrine stratifiée : anneau régulier ayant une épaisseur de 2 centim. et demi à 3 centimètres; sur un point cet anneau a 3 centim. et demi environ; 3° en dehors de cet anneau on trouve la surface des cotylédons absolument dépourvue de membranes.

En ouvrant le sac membraneux central on trouve le cordon s'insérant près du bord

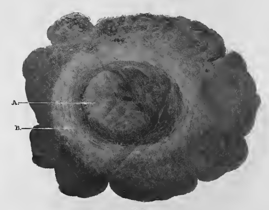


Fig. 24. — Placenta bordé : A, kystes sous-amniotiques au niveau de la surface fœtale du placenta recouverte par les membranes; B, anneau fibrineux situé au pourtour des membranes qui s'insèrent sur le placenta.

de la circonférence membraneuse. La caduque paraît entière. L'amnios est très adhérent au chorion. Les membranes tendues forment une sorte de cône ayant 18 centim. de hauteur. Au niveau de la surface du placenta recouverte par les membranes, on trouve (A) deux à trois petits kystes sous-amniotiques. Le placenta est friable, les cotylédons volumineux et décolorés.

Obs. II (n° 961). — Cette femme, VIIpare, accouche prématurément après avoir perdu du sang pendant les dernières semaines qui ont précédé l'expulsion du fœtus. Sur la fig. 25, on voit : en A, le cordon qui a été coupé et déborde un peu les membranes; en B, la surface fœtale des cotylédons non recouverte de membranes; en D et en E, un caillot récent formé à l'union des membranes et du placenta. L'enfant n'a vécu que quelques instants : il pesait 1320 grammes. Le placenta pesait 600 grammes.

Obs. III (n° 1053). — X, 30 ans, ménagère, entre à la Maternité de Beaujon le 14 septembre 1897.

Cette femme a eu déjà huit grossesses antérieures :

1er accouchement à 20 ans, à terme, spontané ; naissance d'une fille qui a actuellement 8 ans.

2e accouchement à terme, spontané, garçon vivant bien portant.

3e accouchement à 7 mois. Présentation de l'épaule ; fille morte 24 heures après la naissance.

4e grossesse à 8 mois ; fille qui a quatre ans actuellement.

5e grossesse, expulsion prématurée d'un œuf de 4 mois.

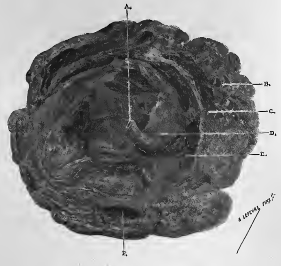


Fig. 25. — Placenta bordé.

Les 6e, 7e, et 8e grossesses se sont terminées prématurément par la naissance d'enfants de 7 à 8 mois qui n'ont vécu que quelques heures.

9e *grossesse actuelle*.

Les dernières règles ont eu lieu du 5 au 10 janvier 1897.

Pendant cette grossesse on a noté presque tous les jours des hématémèses au début de la grossesse.

Le placenta a une forme circulaire et pèse 550 gr. ; il est marginé (voy. fig. 26) ; les membranes sont complètes. Sur la fig. 26, elles sont tendues de haut en bas pour montrer combien est réduite leur insertion sur la face fœtale du placenta.

Il est probable que c'est la même cause — vraisemblablement des lésions d'endométrite — qui a produit l'expulsion prématurée du produit de conception lors des dernières grossesses et de la grossesse actuelle. Il eût été inté-



Fig. 26. — Placenta marginé. M, membranes; Pl, bord du placenta.

ressant de savoir si, lors des accouchements précédents, existaient les mêmes lésions du placenta : nous n'avons pu avoir de renseignements à ce sujet.

Placenta bordé.

(En collaboration avec M. Le Lorier. *Soc. d'Obst., de Gyn. et de Pæd.*, 12 Mai 1902.)

La pièce présentée est importante, non pas tant par l'histoire clinique de la femme, ni même par la variété anatomique du placenta bordé, mais par ce fait qu'en pénétrant avec la main dans la cavité de l'œuf et qu'en soulevant les membranes avec la face dorsale de la main, on constatait que le chorion était légèrement tendu entre les deux extrémités de l'insertion des membranes sur le placenta.

En cherchant à amener au contact les deux lèvres de la déchirure des membranes, on n'arrivait à les affronter qu'en soulevant la portion du placenta qui leur était adhérente. Il semblait, en un mot, que les membranes, ou mieux que le chorion, manquait d'ampleur ; les membranes semblaient, pour ainsi dire rétrécies et tiraillaient sur les régions du placenta auxquelles elles adhéraient.

Cette observation est la première d'une série de faits d'après lesquels il me semble établi que, par suite du défaut de localisation du placenta, du peu d'élasticité des membranes, le contenu de l'œuf y est à l'étroit : ce qui cause des décollements partiels du placenta, qui donnent lieu à des suintements continus qui durent jusqu'à ce que surviennent des contractions utérines qui expulsent l'œuf en entier.

Ces faits peuvent être rapprochés des cas dans lesquels il y a rupture des membranes à une époque peu avancée de la grossesse. Il en résulte soit l'expulsion de l'œuf qui survient peu de temps après cet incident, soit le développement au contact de la paroi de l'utérus du fœtus qu'on appelle « fœtus extra-membraneux ».

Note sur le défaut de localisation du placenta et les hémorragies utérines provenant de l'inextensibilité des membranes.

(*Soc. d'Obst., de Gyn. et de Pæd.*, 13 Juin 1910.)

Sur l'un des œufs présentés, le placenta n'est pas localisé, il n'existe qu'une zone très restreinte de membranes au niveau desquelles persistent des débris de villosités (fig. 27).

Sur un autre placenta *bordé* il existe une sorte de repli circulaire du tissu placentaire qui semble avoir été attiré par des membranes manquant d'élasticité.

J'ai rapporté à nouveau (Société d'obst., de Gyn. et de Pæd., 3 avril 1911) deux cas semblables de femmes chez lesquelles l'expulsion prématurée semblait avoir été causée par l'inextensibilité des membranes.

A l'appui des déductions qui peuvent être des caractères anatomiques de ces placentas, je résume trois autres observations qui semblent prouver la réalité de ce défaut de souplesse des membres.

De ces faits j'ai pu tirer les conclusions suivantes :

1° Dans certains œufs, la localisation des villosités choriales au niveau du placenta ne se fait que d'une manière imparfaite : il en résulte que la paroi

de l'œuf, au lieu d'être constituée sur une étendue restreinte par le gâteau placentaire et sur la plus grande surface par des membranes, est formée sur presque toute son étendue par du tissu placentaire; les tiraillements exercés par l'œuf qui est gêné dans son développement peuvent produire des écoulements sanguins, éveiller avant l'heure la contraction utérine et amener l'expulsion de l'œuf.

2° Les mêmes incidents peuvent se montrer lorsque, avec un placenta qui est localisé, les membranes manquent d'élasticité, sont peu extensibles ou semblent n'avoir pas l'ampleur suffisante pour permettre le développement de l'œuf.

3° Il faut rapprocher de ces faits les observations rares de fœtus extra-membraneux, c'est-à-dire de fœtus qui, après être sortis de la cavité membraneuse, continuent à se développer en dehors des membranes. Il importe de remarquer que, dans presque toutes les observations de fœtus extra-membraneux, le placenta est signalé comme étant marginé. On peut émettre la double hypothèse : ou bien que l'altération de la caduque qui produit le placenta marginé cause en même temps les altérations de l'amnios et surtout du chorion que nous avons constatées ; ou bien que c'est la traction exercée par le défaut d'extensibilité des membranes qui crée le placenta marginé.

Fig. 27. — Placenta reproduisant la forme de la cavité utérine. Toute la face postérieure du délivre est constituée par du tissu placentaire qui recouvre presque en entier la face antérieure de l'œuf sauf une portion restreinte occupée par les membranes M. — O, bord de l'orifice des membranes ; LP, languette de placenta qui était engagée dans le col ; P et Pl, Placenta.

Note sur l'extraction du siège décomplété, mode des fesses.

(Soc. d'Obst., de Gyn. et de Pæd., 10 Juillet 1905.)

Étant interne de M. Pinard à Lariboisière, j'ai recueilli les deux premières observations où il a employé sa méthode d'abaissement du pied, observations qui ont été reproduites par Mantel dans sa thèse (1889).

En 1892, j'ai fait connaître à la Société Obstétricale de France deux observations dans lesquelles cette manœuvre a permis de terminer un accouchement laborieux. L'une de ces observations répond à une objection qui a été faite de l'impossibilité de la manœuvre dans le cas où le siège est trop engagé : chez l'une des femmes, l'engagement était tel que le scrotum du fœtus était sorti hors les organes génitaux. Malgré le volume de l'enfant la manœuvre fut possible et l'enfant put être extrait vivant.

Dans ma communication de 1905 j'ai insisté, en rapportant des observations à l'appui, sur la possibilité de terminer par la manœuvre de Pinard l'accouchement dans la présentation du siège même dans les cas difficiles.

J'ai montré l'échec qui se produisait lorsque le médecin connaît mal la manœuvre ou lorsque, n'y ayant pas une confiance suffisante, il a recours, après un premier échec de la manœuvre de Pinard, à l'application de forceps sur le siège.

Dans les cas difficiles (fœtus volumineux, utérus rétracté), il est toujours possible, en obtenant une résolution suffisante à l'aide du chloroforme, d'atteindre le pied et de terminer l'accouchement, sans avoir recours ni au crochet, ni aux lacs, ni au forceps.

J'ai rappelé que M. Pinard et moi avions démontré, à l'aide de statistiques de la Clinique Baudelocque (voy. thèse de notre élève Néret), que contrairement à l'opinion des classiques, la fréquence de la présentation du siège est plus grande chez les primipares que chez les multipares. Aussi ne faut-il pas considérer comme exposée à un accouchement très difficile toute femme qui, lors d'une première grossesse, est accouchée laborieusement d'un enfant se présentant par le siège, à la condition qu'on se soit assuré que cette femme n'a ni malformation utérine, ni rétrécissement du bassin.

Thrombus vulvo-périnéal chez une primipare après accouchement spontané.

(*Soc. d'Obst., de Gyn. et de Pæd.*, Avril 1913.)

Ce volumineux thrombus (figure 28) montre que le thrombus vulvaire peut se produire malgré un accouchement rapide et une période d'expulsion

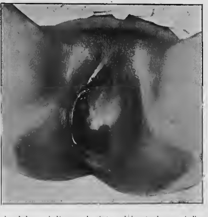


Fig. 28. — Thrombus de la grande lèvre gauche photographié quatre jours après l'accouchement alors que la muqueuse commence à se sphacéler. L'ecchymose est plus développée sur la fesse gauche que sur la droite.

très courte. Dans ce cas il existait une ecchymose très étendue sur la portion déclive des deux fesses : le volume du thrombus et sa rupture nécessitèrent, 4 jours après l'accouchement, l'ablation des caillots qui remplissaient la tumeur.

TUMEURS DE VOISINAGE COMPLIQUANT LA GROSSESSE OU L'ACCOUCHEMENT

Fibromes utérins. Accouchement spontané chez des primipares âgées ayant des fibromes utérins multiples intra- pelviens.

(*Soc. d'Obst., de Gyn. et de Pæd.*, Oct. 1905.)

Ces deux femmes, qui avaient été observées pendant la grossesse par le Professeur Pinard avaient l'utérus farci de fibromes ; « elles éprouvaient de terribles douleurs et se plaignaient continuellement. Je crois que nombre de chirurgiens qui les auraient examinées à ce moment auraient pensé, en raison de l'état général mauvais de ces malades, qu'il y avait lieu d'intervenir et auraient pratiqué l'ablation de l'utérus gravide.

« Je soumis ces deux femmes au repos complet au lit, au régime lacté et en surveillant de près les fonctions urinaire et intestinale. Peu à peu tous les accidents douloureux se sont calmés, il n'y a pas eu d'hémorragie et dans ces utérus de vieilles primipares, bourrés de fibromes, les enfants ont pu se développer d'une manière suffisante pour naître à terme avec un état normal. »

C'est dans ces termes, qu'à propos de ma communication, le Professeur Pinard a résumé les constatations qu'il a pu faire pendant la grossesse chez ces deux femmes que j'ai suivies à la fin de la grossesse et au moment de leur accouchement.

Toutes deux avaient des tumeurs fibromateuses intra-pelviennes qui paraissaient créer un obstacle infranchissable pour le fœtus; or, au moment du travail, ces tumeurs s'élevèrent dans la cavité abdominale, laissant la voie libre au fœtus.

Bien que ces faits d'ascension des fibromes au moment du travail — sur lesquels Tarnier et d'autres ont insisté — soient connus depuis longtemps, il est utile de les publier, ne fût-ce que pour calmer l'ardeur opératoire de certains en présence de femmes chez lesquelles on constate pendant la grossesse ou pendant le travail des fibromes intra-pelviens plus ou moins volumineux.

Ces deux observations, recueillies à la Clinique Baudelocque, ont fait le sujet de deux conférences cliniques.

Fibromes et grossesse.

(Soc., d'Obst., de Gyn. et de Pæd., 13 Novembre 1911.)

Dans ce travail sont rapportées deux observations de femmes chez lesquelles l'accouchement fut spontané et les suites de couches normales, malgré la présence, chez l'une d'elles, d'un fibrome intra-pelvien, qui remonta au moment de l'accouchement, et chez l'autre, d'accidents inflammatoires qui obligèrent la femme à rester pendant plus d'un mois au lit dans le courant du cinquième mois de la grossesse.

Les conclusions de ce travail sont les suivantes :

1° Pendant la grossesse le volume des fibromes peut rester stationnaire et même diminuer. Les fibromes peuvent subir des mouvements ascensionnels au cours du travail.

2° L'existence d'une réaction péritonéale au cours d'une grossesse compliquée de fibrome ne constitue pas toujours une indication suffisante pour une intervention abdominale.

3° Lorsqu'au cours d'une grossesse compliquée de fibromes, on pense qu'en raison du volume, du siège du ou des fibromes, une intervention abdominale sera nécessaire au moment du travail, on doit dans l'intérêt de l'enfant qui pourrait être expulsé prématurément, n'intervenir au cours de la grossesse que lorsque l'indication est absolument formelle.

Dystocie par fibromes utérins.

(Soc. d'Obst., de Gyn. et de Pæd., Mars 1900.)

C'est la conduite que j'ai tenue avec succès chez une secondipare dont le premier accouchement avait causé à mon ami Delagénière (du Mans) les plus vives inquiétudes à cause d'une hémorragie très grave survenue pendant le travail. Des fibromes multiples occupaient le segment inférieur de l'utérus.

Ayant suivi cette femme pendant sa seconde grossesse, je me rendis compte que l'accouchement par les voies naturelles serait presque impossible en raison de la masse fibromateuse qui était située bas, et qui était intra-pariétale. Arrivée près du terme, cette femme fut prise de quelques contractions utérines douloureuses et d'une assez forte hémorragie qui me décida à extraire le fœtus par la voie haute et à pratiquer l'opération de Porro. Le placenta était inséré très bas puisqu'une portion resta adhérente à la partie supérieure du moignon utérin.

L'enfant extrait pesait 4k,530 grammes; bien qu'âgée de 42 ans, sa mère

qui allaitait pour la première fois put, avec de la persévérance, arriver à le nourrir avec succès et exclusivement au sein.

Dans le mémoire qui accompagne cette observation je donne une description détaillée (macroscopique et microscopique) de la pièce enlevée (fig. 29 et fig. 30), j'insiste sur la fréquence de l'insertion vicieuse du placenta dans



Fig. 29. — Face antérieure de l'utérus *faa* qui présente une plaie béante, par laquelle on aperçoit la face fœtale du placenta (avec ses vaisseaux) insérée sur la face postérieure de l'utérus et sur le segment inférieur. Le cordon ombilical *c* se dirige de droite à gauche. *f*, masse fibreuse occupant le segment inférieur.

les utérus fibromateux gravides, sur la dystocie utérine causée par la présence de masses fibreuses volumineuses et sur les indications de l'opération de Porro et de l'hystérectomie totale ou subtotale.

De la torsion des fibromes au cours de la grossesse.

(*Annales de Gynéc. et d'Obst*, Février 1906. En collaboration avec M. Mouchotte.)

Bien que les indications d'intervention pour fibromes au cours de la grossesse soient exceptionnelles, il est une complication qui peut commander l'intervention : c'est la torsion.

Dans l'une des deux observations rapportées, il s'agissait plutôt d'une torsion de l'utérus entraîné par le fibrome. Dans la seconde, il y avait une véritable torsion du fibrome avec épiploïte.

Cette observation est un des premiers cas publiés de torsion de fibromes au cours de la grossesse puisqu'à cette époque on ne connaissait guère que les observations de Cappie, Maygrier, Routier, Ribemont-Dessaignes, Grosse.

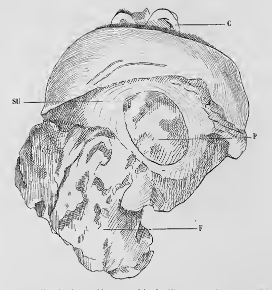


Fig. 30. — Utérus (dont la photographie est reproduite fig. 29) vu par sa face postéro-inférieure. C, petit fibrome siégeant à la partie supérieure de la face postérieure de l'utérus; SU, surface de section supérieure de l'utérus au centre de laquelle on voit la coupe du placenta P qui a été intéressé par la section; F, masse fibromateuse occupant le segment inférieur.

A l'aide de ces observations, nous avons esquissé l'histoire clinique de cette complication des fibromes pendant la grossesse, montré les difficultés que présente le diagnostic, indiqué que cette complication ne nécessite pas toujours l'intervention et précisé quelques détails de technique opératoire.

Fibrome volumineux occupant toute la partie postérieure de la cavité utérine d'une primipare à terme. Accouchement spontané. Hystérectomie abdominale subtotale pour accidents d'infection dus au sphacèle du fibrome. Abcès multiples. Guérison.

(*Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1913. En collaboration avec M. VAUDESCAL.)

Il s'agit d'une femme qui accoucha spontanément en ville, près du terme, d'un enfant vivant. Les accidents qu'elle présenta pendant les suites

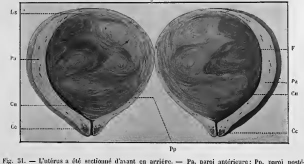


Fig. 51. — L'utérus a été sectionné d'avant en arrière. — Pa, paroi antérieure; Pp, paroi postérieure; Ls, limite supérieure de la cavité utérine; F, fibrome; Cu, cavité utérine; Cc, cavité cervicale.

de couches nécessitèrent l'ablation de l'utérus. Toute la partie postérieure de l'utérus était occupée par un fibrome œdématié qui faisait une saillie considérable dans la cavité utérine (fig. 51); l'agrandissement de la cavité par l'œuf en voie de développement avait dû se faire surtout aux dépens de la face antérieure de l'utérus notablement hypertrophiée (fig. 52).

Cette observation est doublement intéressante puisqu'elle montre que, malgré la présence de cette énorme tumeur fibreuse, la grossesse a pu évoluer sans incident jusque près du terme et l'accouchement être spontané.

De plus, malgré les accidents fébriles que présenta la femme après l'in-

tervention, il y a lieu de penser que celle-ci contribua puissamment à sa guérison.

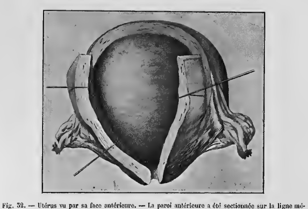


Fig. 52. — Utérus vu par sa face antérieure. — La paroi antérieure a été sectionnée sur la ligne médiane et écartée avec des érignes. Du côté droit, où la paroi est plus écartée, on voit la limite de la cavité utérine. Le fibrome occupe toute la face postérieure de l'utérus et descend jusqu'au-dessus de l'orifice interne.

Métrite hypertrophique constatée au cours d'une délivrance artificielle chez une tertipare.

(*Soc. d'Obst., de Gyn. et de Pæd.*, 11 Juillet 1910.)

A côté des tumeurs fibreuses localisées dans la paroi utérine ou faisant saillie à la surface péritonéale de l'utérus, il y a lieu de signaler un état d'hypertrophie considérable de la musculaire. Dans le cas observé, la paroi utérine qui était régulière, sans saillie fibromateuse, avait au moins 5 centimètres d'épaisseur; il y eut au moment de la délivrance une hémorragie considérable. Plusieurs mois après l'accouchement le fond de l'utérus, par suite de cette hypertrophie totale du muscle, remontait encore à 3 ou 4 centimètres au-dessous de l'ombilic.

Conduite à tenir dans les kystes de l'ovaire prævia au cours du travail.

Dans une discussion qui eut lieu à la Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Paris (1912) sur la conduite à tenir dans les cas de kystes de

l'ovaire compliquant la grossesse, j'ai rapporté l'observation d'une primipare chez laquelle ayant constaté au cours du travail, dans le vagin, une tumeur de consistance liquide faisant saillie au niveau du cul-de-sac postérieur du vagin, je me suis contenté de pratiquer la ponction de ce kyste. Le liquide ainsi obtenu avait tous les caractères du liquide des kystes parovariques.

L'accouchement eut lieu spontanément; l'enfant, né vivant, survécut. Il n'y eut pas d'accidents fébriles pendant les suites de couches.

J'ai soutenu cette idée qu'en pareil cas, c'est à dire lorsque la tumeur ovarique était franchement praevia, de consistance nettement liquide, il était peut-être préférable de se contenter de la ponction évacuatrice plutôt que de faire l'extraction du kyste par la voie haute à cause de la gêne apportée à cette opération par la présence de l'utérus gravide.

J'ai rapporté à la même société (9 mars 1914) la suite de l'observation de cette femme, chez laquelle une nouvelle grossesse étant survenue, le kyste se reproduisit.

L'ablation en fut faite par voie haute, mais la femme expulsa prématurément un fœtus qui ne vécut pas.

Le but de ces deux communications est de montrer que dans les kystes de l'ovaire situés bas, au cours du travail, la ponction ne doit pas être systématiquement rejetée et que dans certains cas elle trouve son indication.

Kyste dermoïde de l'ovaire gauche avec torsion du pédicule chez une femme enceinte de 3 mois 1/2. Ablation du kyste. Guérison.

(*Soc. d'Obst., de Gyn. et de Pæd.*, Juin 1904.)

Le diagnostic de la nature de la tumeur présentait d'assez grosses difficultés, en raison de sa dureté qui était due, d'une part, à la nature dermoïde du kyste et d'autre part à la tension de son contenu et à l'infiltration sanguine de sa paroi par suite de la torsion.

Une des principales indications était fournie par des symptômes péritonitiques qui, en dehors de la douleur abdominale, étaient caractérisés par une dissociation marquée entre la fréquence du pouls et une température presque normale.

Note sur l'ovariotomie pendant la grossesse.

(*Soc. d'Obst., de Gyn. et de Pæd.*, Janv. 1905.)

Après avoir rapporté des observations ayant trait à cette question, j'ai fait des réserves sur la nécessité d'opérer immédiatement tout kyste ovarique diagnostiqué pendant les trois derniers mois de la grossesse. Il faut opérer; mais quant à l'urgence plus ou moins grande de l'intervention, il faut tenir compte de la vie du fœtus qu'une intervention abdominale, non urgente, expose au danger d'être expulsé prématurément; toutefois cette expectation n'est légitime qu'à la condition de se tenir prêt à opérer si la femme court un réel danger.

De la transfusion directe du sang d'artère à veine dans les hémorragies très graves de la puerpéralité.

(*Soc. d'Obst., de Gyn. et de Pæd. de Paris*, Mai 1912.)

Malgré les progrès considérables réalisés depuis vingt ans dans le traitement préventif et curatif des hémorragies puerpérales, un certain nombre de femmes meurent encore d'hémorragie pendant ou après l'accouchement. Il s'agit la plupart du temps de femmes affaiblies déjà par des hémorragies antérieures.

Dans un cas observé à la Maternité de Boucicaut, j'ai pensé que le seul procédé capable d'empêcher la femme de succomber aux symptômes d'anémie aiguë qu'elle présentait à la suite d'hémorragies abondantes, était de recourir à la transfusion. Malheureusement, quand la décision fut prise, l'état de la femme était déjà des plus graves; il s'écoula encore forcément une heure ou deux avant que mon collègue Tuffier, qui voulut bien venir pratiquer l'opération, pût se rendre à mon appel. La femme succomba pendant l'intervention.

Malgré cet échec, il me parut utile d'appeler l'attention des accoucheurs sur les services que pourrait rendre, dans *certains cas exceptionnels*, la transfusion chez des femmes dont l'état général n'est pas amélioré par les moyens employés habituellement pour combattre les effets locaux et généraux des hémorragies graves; mais j'eus soin de spécifier que la transfusion du sang ne devait être qu'une médication d'exception dans les hémorragies puerpérales.

C'est cette idée qu'a soutenue dans sa thèse (*De la transfusion du sang*

et de ses applications à l'Obstétrique, Paris 1913), mon élève Lefèvre, qui concluait avec moi que « dans les hémorragies puerpérales très graves, lorsque les moyens habituels : traitement local, injections d'éther, d'huile camphrée, de caféine, injections sous-cutanées et intra-veineuses de sérum artificiel, ne paraissent pas suffisants pour sauver la malade, on pourra espérer la ramener à la vie par une transfusion du sang.... La transfusion sera encore utile quand à l'hémorragie se joint le shock qu'on observe dans la rupture et l'inversion utérines, et dans certains cas de décollement prématuré du placenta ».

L. Lefèvre fait connaître également les bons résultats obtenus, particulièrement en Amérique, par la transfusion pratiquée chez des nouveau-nés ayant des hémorragies graves et même dans certains cas d'éclampsie.

Depuis cette communication, des faits fort intéressants rapportés par Ribemont-Dessaignes, Lambret et Oui, Sauvage, Guillot et Dehelly, etc. — pour ne citer que des auteurs français — ont montré les bons résultats que pouvait donner dans les hémorragies puerpérales cette méthode rénovée de transfusion.

A propos d'une communication de Sauvage (*Société d'Obs. et de Gyn.* de Paris, 1914) sur la transfusion pratiquée chez une femme aussitôt après l'opération faite pour une rupture de l'utérus, j'ai résumé le cas d'une femme ayant eu des hémorragies graves par insertion vicieuse du placenta : je posai l'indication de transfusion qui ne fut pas pratiquée pour des raisons indépendantes de ma volonté. Après une amélioration passagère due aux soins dont cette femme fut entourée, et en particulier aux injections intra-veineuses de sérum artificiel qui lui furent faites, elle succomba à des accidents d'anémie aiguë qui survinrent assez rapidement vingt-quatre heures après l'accouchement.

J'ai rapporté cette observation pour montrer que, malgré tous les soins donnés, une femme pouvait encore à l'heure actuelle succomber à une hémorragie puerpérale et qu'il était utile, lorsque son état paraît inquiétant, même s'il y a un doute sur l'opportunité de l'intervention, de ne pas hésiter à faire la transfusion.

FONCTIONNEMENT DE LA MAISON D'ACCOUCHEMENTS BAUDELOCQUE

Clinique de la Faculté dirigée par le professeur Adolphe Pinard.

(Compte-rendus de l'année 1889-1890 à l'année 1907.)

Après avoir inauguré et pris la direction de la Clinique Baudelocque, le professeur Pinard voulut bien me confier la lourde tâche de présenter, dans un compte rendu annuel intitulé : « Fonctionnement de la maison d'accouchements de Baudelocque », le résumé des accouchements faits chaque année dans le service.

Il s'agissait, non seulement de faire connaître le nombre et les particularités des accouchements normaux ou dystociques, mais encore de résumer les principales opérations pratiquées, de dresser une statistique aussi précise que possible de la mortalité et de la morbidité maternelles et fœtales.

Chacun de *ces seize comptes rendus analytiques et synthétiques* forme un *volume de cent à cent quarante pages*; il comprend le résumé de toutes les observations de l'année : les plus importantes sont rapportées *in extenso*.

Dans le premier volume se trouve un exposé du fonctionnement de la Clinique Baudelocque, de son installation, de l'enseignement théorique et pratique qui y est donné aux étudiants en médecine, etc. Chaque année sont ajoutés dans le préambule les perfectionnements apportés dans le service.

Voici comment sont classées les différentes observations :

Première partie. — Femmes qui ont avorté.

Deuxième partie. — Femmes qui ont accouché spontanément d'enfants se présentant par *le sommet*, avec la subdivision en :

a) Femmes ayant le bassin normal. Plusieurs tableaux indiquent les positions et variétés de positions, la durée totale du travail, la durée de la période d'expulsion, les diverses variétés de rupture des membranes. Les renseignements principaux sur la période de délivrance (présentation du placenta, durée de la délivrance, mode de délivrance), sont résumés dans

un même tableau que les températures des accouchées pendant les suites de couches.

Quant aux fœtus, plusieurs tableaux détaillés indiquent ceux qui sont morts pendant le travail et ceux qui sont morts après la naissance.

b) *Femmes ayant le bassin rétréci.* Des tableaux où sont notés le degré de viciation pelvienne, la durée du travail, etc., résument les points essentiels de l'histoire obstétricale des femmes ayant le bassin rétréci.

Troisième partie. — Elle comprend les femmes chez lesquelles le fœtus s'est présenté autrement que par le sommet (présentations du siège, de la face et de l'épaule).

Quatrième partie. — Elle contient toutes les opérations (forceps, versions, embryotomies, accouchements provoqués, symphyséotomies, basiotripsies, opérations césariennes conservatrices, opérations de Porro, hystérectomies abdominales (totales ou subtotales), grossesses extra-utérines, délivrances artificielles, etc). A la fin de cette partie un tableau récapitulatif fait connaître le nombre et la nature de toutes les opérations qui ont été pratiquées dans l'année.

Cinquième partie. — Dans la cinquième partie se trouvent résumées les observations :

1° Des femmes ayant une grossesse gémellaire;

2° Des femmes dont les fœtus sont morts pendant la grossesse;

3° De celles dont les fœtus présentent des malformations plus ou moins marquées.

Sixième partie. — Dans ce chapitre sont réunies les observations des femmes ayant eu des accès éclamptiques ou ayant présenté des hémorragies liées à l'insertion du placenta sur le segment inférieur.

Septième partie. — Toutes les observations de femmes ayant succombé dans l'année y sont relatées *in extenso* avec le tracé thermométrique et les résultats de l'autopsie. Il est ainsi facile au lecteur de contrôler la manière dont sont interprétées ces observations au point de vue de la statistique de mortalité maternelle.

A la fin de chaque Fonctionnement se trouvent deux tableaux récapitulatifs : l'un pour les femmes dont on peut ainsi apprécier la mortalité intégrale et la morbidité; l'autre pour les fœtus, dans lequel sont indiqués le nombre d'enfants nés et sortis vivants, le nombre d'enfants morts pendant la grossesse, le nombre d'enfants morts pendant le travail ou après la naissance.

Dans un dernier chapitre sont relatées les observations résumées des femmes du service gynécologique, presque toutes opérées par le regretté Paul Segond, J.-L. Faure, J. Potocki, etc.

Cette statistique détaillée porte donc actuellement sur un total de 43 406 accouchements observés dans le service du Professeur Pinard à la Clinique Baudelocque et qui se répartissent ainsi par année :

Année 1889-1890	1 244
Année 1891	1 653
Année 1892	1 834
Année 1893	1 919
Année 1894	2 137
Année 1895	2 074
Année 1896	2 270
Année 1897	2 314
Année 1898	2 305
Année 1899 [1]	2 653
Année 1900	2 830
Année 1901	2 776
Année 1902	2 667
Année 1903	2 794
Année 1904	2 778
Année 1905	2 958
Année 1906	3 164
Année 1907	3 036
Total	43 406

Une statistique, aussi détaillée, reposant sur des faits aussi nombreux observés dans les mêmes conditions, fournit une base d'appréciation solide pour la plupart des questions qui intéressent l'accoucheur. Aussi a-t-elle servi à divers auteurs, soit pour faciliter leurs recherches de statistique sur un sujet donné, soit comme guide pour retrouver des observations intéressantes.

Ce qui donne de la valeur à cette importante publication dont le professeur A. Pinard, avec son désintéressement habituel, a toujours voulu seul supporter les frais, c'est le soin avec lequel est surveillée la rédaction des observations. Mon seul mérite — en dehors du temps nécessaire au dépouillement des observations et de la rédaction du texte — est d'avoir, après beaucoup de tâtonnements, trouvé une méthode de classification et d'exposition des faits observés.

[1] A partir de l'année 1899, il fut créé un service externe de sages-femmes agréées pour recevoir les femmes qui, faute de place, ne pouvaient être admises à la Clinique Baudelocque : ces femmes sont comptées dans la statistique intégrale des parturientes admises à la Clinique.

Dans une communication faite à la Société de Médecine publique et d'hygiène professionnelle (mars 1898), j'ai fait ressortir les avantages qui résultaient de cette publication annuelle au point de vue des progrès et de l'enseignement de l'obstétrique ; j'ai en même temps fait connaître la méthode employée pour le dépouillement et le classement de ces observations, afin d'éviter aux chefs de service des Maternités, qui voudraient publier des statistiques intégrales semblables à celles de la Clinique Baudelocque, les tâtonnements et les difficultés que nous avons éprouvés lès premières années, le professeur Pinard et moi, pour rédiger ces comptes rendus détaillés.

Nous avons eu la satisfaction de voir que la plupart des chefs de services français, qui avaient publié jusqu'ici leur statistique intégrale, avaient bien voulu s'inspirer de la méthode employée par nous.

Jusqu'à l'année 1899, je rédigeai moi-même en entier ce Fonctionnement, en utilisant pour le dépouillement des observations le précieux concours des externes et des sages-femmes de la Clinique Baudelocque.

Ayant été, dans le courant de l'année 1898, nommé chef de service à la Pitié, et agrégé à la Faculté de Médecine, il ne me fut plus possible, à partir de 1909, de continuer seul ce travail. Le professeur Pinard voulut bien m'adjoindre, pour faire ce travail, notre élève commun, M. Mouchotte que je remercie ici de son utile et active collaboration.

THÈSES DIVERSES

Je donne ici les titres et un très court résumé des conclusions d'un certain nombre de thèses faites sous ma direction et qui jusqu'ici n'ont pas été citées dans cet exposé.

Pour quelques-unes, ma part de collaboration est assez importante, car la plupart des étudiants qui font ce travail obligatoire sont en général peu préparés à utiliser les matériaux qui leur sont donnés. Quelques-uns cependant, en faisant des recherches bibliographiques, peuvent aider leur chef de service à la rédaction de mémoires sur le même sujet; j'ai eu soin de citer, dans l'exposé de mes travaux personnels, les noms de ceux de mes élèves dont le travail m'a aidé à la rédaction de certains mémoires.

Du rachitisme intra-utérin.

(Thèse A. Carton. Paris, 1893.)

Dans cette revue des principaux cas publiés de rachitisme intra-utérin, l'auteur rapporte une observation recueillie en ville par le professeur Pinard et par nous : il s'agit d'une femme enceinte pour la cinquième fois et chez laquelle il se développa vers le cinquième mois une hydramnios considérable qui nécessita la provocation de l'avortement par rupture artificielle des membranes.

La femme expulsa deux jumeaux identiques et présentant les mêmes malformations des membres supérieurs et inférieurs; il est probable que des lésions étaient dues à la syphilis héréditaire.

De la procidence et du procubitus du cordon ombilical.

(Thèse G. Gibory. 1893.)

C'est une étude statistique avec tableaux récapitulatifs de tous les cas de procidences et de procubitus du cordon observés à la Clinique Baudelocque

de juillet 1889 à mai 1893. Les causes de ces deux complications y sont étudiées en détail ainsi que les différentes méthodes de traitement, parmi lesquelles l'emploi du ballon Champetier de Ribes qui permet d'obtenir assez rapidement une dilatation complète.

De l'auto-intoxication gravidique d'après une statistique dressée à la Maternité de Baudelocque depuis sa fondation jusqu'au 1er janvier 1893.

(Thèse Germond, 1893.)

Cette statistique comprend les faits dans lesquels les femmes ont présenté de l'albuminurie ou des accès éclamptiques. D'après nos conseils, l'auteur a divisé les femmes albuminuriques en quatre groupes.

1° Celles chez lesquelles l'albuminurie existe au cours de la grossesse;

2° Celles chez lesquelles les urines n'ont pas été examinées pendant la grossesse et qui présentent de l'albumine au cours du travail. Ces femmes peuvent être distinguées en deux catégories suivant que le placenta présente ou non des foyers hémorragiques; dans le premier cas, il s'agit bien d'albuminurie méconnue pendant la grossesse; dans le second cas, on peut admettre, avec certaines réserves, que l'albuminurie n'est apparue qu'au cours du travail;

3° Les femmes dont les urines, examinées pendant les derniers temps de la grossesse, ne contenaient pas d'albumine alors qu'elles en renferment pendant l'accouchement: on peut considérer que ces femmes ont de l'albuminurie du travail;

4° Les femmes chez lesquelles l'albumine n'existe que pendant les suites de couches.

Presque toutes les femmes éclamptiques n'avaient pas été surveillées pendant leur grossesse et n'étaient entrées dans le service que peu de temps avant d'accoucher.

La mortalité fœtale chez les albuminuriques non traitées, dont les placentas présentent des foyers hémorragiques, atteint 23 pour 100; cette mortalité descend à 3 pour 100 chez les femmes qui ont été traitées, c'est-à-dire soumises au régime lacté absolu.

De la rupture artificielle des membranes pendant le travail (indications et contre-indications).

(Thèse A. Samalens, Paris, 1893.)

Étude statistique sur les présentations du sommet (variétés postérieures) au point de vue de la fréquence et du pronostic.

(Thèse de M. Corbière. Paris, 1893.)

Contribution à l'étude des causes de l'accouchement prématuré.

(Thèse Vallais, 1893.)

Ayant été frappé, en dépouillant les observations de la Clinique Baudelocque, de la fréquence des accouchements prématurés, nous avons chargé M. Vallais de rechercher quelle était exactement cette fréquence : plus d'un tiers des femmes accouchent avant terme. Quant aux causes qui produisent l'expulsion prématurée du produit de conception, il faut mettre de côté celles qui tuent les fœtus (syphilis, albuminurie, etc.); parmi les autres causes on note : 1° l'insertion du placenta sur le segment inférieur s'accompagnant ou non de rupture prématurée des membranes; 2° les particularités qui amènent une surdistension de l'utérus gravide (hydramnios, grossesse gémellaire); 3° celles qui entravent le développement complet de l'œuf (malformation utérine); 4° les maladies organiques du cœur ou du poumon; 5° l'auto-intoxication gravidique; 6° les maladies aiguës fébriles.

Sur nos conseils, Vallais aborde une question intéressante au point de vue social : *l'influence du surmenage sur l'accouchement prématuré*. Il semble, d'après les chiffres donnés par Vallais, que les *femmes hospitalisées mènent leur grossesse à terme dans une proportion plus grande que celles qui continuent à travailler et à se fatiguer*.

La mortinatalité à la Clinique Baudelocque.

(Thèse Ch. Lenief. Paris, 1893.)

Cette thèse comprend la statistique détaillée de tous les fœtus morts à la Clinique Baudelocque depuis le 1er juillet 1889 jusqu'au 1er octobre 1893. Se basant sur les tableaux statistiques publiés chaque année par le professeur Pinard et par nous, l'auteur étudie les causes de mort pendant la grossesse, pendant le travail et après la naissance.

C'est également en se basant sur les mêmes tableaux statistiques, que le docteur P. Sifflet (Th. Paris, 1893) a étudié le **pronostic dans la présen-**

tation du sommet, l'enfant étant viable. La mortalité *expurgée* des enfants se présentant par le sommet est la suivante :

A. — Bassins normaux. — Mortalité totale sur 7165 enfants, 2,90 pour 100, qui se décompose de la manière suivante : mortalité pendant le travail, 0,46 pour 100; mortalité après la naissance, 1,10 pour 100.

B. — Bassins viciés. — Sur 782 enfants, mortalité totale, 7,55 pour 100, qui se décompose en mortalité pendant le travail 5,16 pour 100; mortalité après la naissance, 2,50 pour 100. La mortalité fœtale dans les bassins viciés avant la rénovation de la symphyséotomie était de 9,31 pour 100; elle est tombée depuis la symphyséotomie à 4,10 pour 100.

Étude statistique sur les applications du forceps chez les multipares.

(Thèse de Darras. Paris, 1894.)

Il est intéressant de rechercher dans quels cas on est obligé de recourir au forceps chez une femme dont le bassin mou a été déjà assoupli par un accouchement antérieur. Il ressort de cette étude que le plus habituellement on intervient à cause de l'état de souffrance du fœtus ou parce qu'il survient une complication dans l'état général de la mère. Dans deux observations, c'est l'excès de volume du fœtus (pesant l'un 6150 gr. et l'autre 5120 gr.) qui a nécessité l'extraction à l'aide du forceps; dans un autre cas, on fut obligé de faire une application du forceps chez une secondipare qui présentait de la sténose du canal cervical consécutive à une cautérisation au chlorure de zinc.

De la miction chez les femmes en couches.

(Thèse de Recht. Paris, 1894.)

Cette thèse a pour but de rechercher au bout de combien de temps se fait en moyenne la première miction après l'accouchement et de démontrer que cette miction est presque toujours spontanée, si l'on sait attendre un temps suffisant. Dans un cas la miction spontanée ne se produisit que quarante-deux heures après l'accouchement; on ne doit recourir qu'exceptionnellement au cathétérisme en dehors des cas où la vessie est très développée ou de ceux où la femme souffre de la rétention d'urine.

Étude de quelques opérations sur l'utérus et les annexes dans leurs rapports avec la grossesse et l'accouchement.

(Thèse de P. Lafaye, Avril 1895.)

Dans cette thèse faite dans notre service de la Pitié, l'auteur étudie l'influence de certaines opérations telles que l'hystéropexie, l'ovariotomie, etc., sur la parturition; il rapporte deux observations qui nous sont personnelles de femmes ayant subi antérieurement l'hystéropexie. Chez toutes deux on constata à la fin de la grossesse une tendance à la non-accommodation pelvienne. Chez l'une d'elles le fond de l'utérus ne pouvait s'élever dans la cavité abdominale : l'utérus par ses adhérences avec la paroi abdominale était maintenu dans une antéversion telle que le col de l'utérus était reporté au-dessus de l'angle sacro-vertébral. Dans les deux cas, après l'accouchement, l'utérus restait élevé maintenu par des adhérences.

Dans son mémoire sur *La grossesse et l'accouchement après l'amputation du col* (*Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, Janvier 1898), le professeur Audebert a inséré deux observations que je lui ai communiquées sur ce sujet :

Obs. 14. — Il s'agit d'une femme qui, quelque temps après un premier accouchement, a subi successivement un curettage, une amputation du col et une ablation d'un kyste de l'ovaire par la voie vaginale. Devenue enceinte une seconde fois, elle a été menacée d'accouchement prématuré à 7 mois et demi; sous l'influence du repos la grossesse est allée à terme et l'accouchement s'est passé sans incident.

Obs. 15. — Il s'agit d'une femme tertipare observée à la Maternité de l'Hôtel-Dieu Annexe et à propos de laquelle nous avons fait, le 2 Septembre 1896, une conférence pour montrer les dangers qui peuvent résulter d'opérations sur le col mal pratiquées. Les deux premiers accouchements avaient été normaux. A la suite d'une *amputation atypique* du col, il se produisit de l'atrésie. Au moment du troisième accouchement la dilatation ne put se faire normalement, le travail dura 5 jours, l'enfant succomba et il fallut pratiquer une basiotripsie. Les difficultés que présenta cet accouchement ont été assez marquées pour légitimer l'opération de Porro ou l'hystérectomie abdominale totale; faite à temps, l'une ou l'autre de ces opérations eut sans doute permis à l'enfant de naître vivant.

De la délivrance artificielle après l'accouchement spontané à terme ou près du terme. (Thèse de Brosset, Paris, 1898.)

De l'expulsion du sac amniotique intact.

(Thése de Surrel, Paris, 1899.)

De la mort du fœtus.

Plusieurs thèses ont été faites sur ce sujet par nos élèves; citons celles de Genton, *sur l'œuf clair*; de L. Pamart (1900), *sur la mort de l'enfant pendant le travail*; de J. Sentex (1901), *sur les causes de la mort du produit de de conception pendant la grossesse.*

Du bassin coxalgique au point de vue de l'accouchement.

(Thèse L. Ortel, 1904.)

Recherches de thermométrie chez le nouveau-né.

(Thèse A. Devilliers. Paris, 1912.)

Dans ce travail basé sur vingt et une observations prises à la Maternité de Boucicaut pendant son année d'externat, A. Devilliers étudie d'abord la marche de la température chez le nouveau-né normal : chez le nouveau-né à terme la température, qui s'abaisse dans les heures qui suivent la naissance, atteint la normale en un laps de temps qui varie de 10 à 40 heures; à partir du moment où la température rectale atteint un chiffre voisin de 37°, elle reste à peu près stationnaire, la courbe devient monotherme.

La disparition de la monothermie indique un état pathologique.

Les tracés thermiques observés au cours des infections chez le nouveau-né sont remarquables par leur variabilité et leur irrégularité. On rencontre plus fréquemment, au cours des infections, des courbes en hypothermie chez les prématurés et les débiles, des courbes en hyperthermie chez les enfants à terme. L'inversion thermique est fréquente chez le nouveau-né, principalement au cours des infections gastro-intestinales.

Les traumatismes obstétricaux (application de forceps, présentation du siège, de la face, version par manœuvres internes, prolongation considérable du travail avec souffrance du fœtus), peuvent, à eux seuls, dans les cinquante premières heures qui suivent l'accouchement, déterminer des élévations de température le plus souvent passagères et bénignes.

Pour observer ces élévations thermiques qui souvent ne sont pas accompagnées de signes morbides bien marqués, il est nécessaire de prendre systématiquement la température des nouveau-nés.

TRAVAUX DIVERS

MÉDECINE

En 1884, deux communications à la Société Anatomique sur des faits recueillis dans le service de mon maître Aug. Ollivier aux Enfants-Malades : l'une sur un arrêt de développement de l'un des deux reins ; l'autre se rapportant à plusieurs faits d'ulcération de la muqueuse de l'œsophage chez des enfants atteints de coqueluche.

En 1884 une observation d'angine herpétique d'un diagnostic difficile, publiée en collaboration avec Aug. Ollivier au Congrès de Blois.

Syphilis vaccinale.

Rapport à M. le Directeur de l'Assistance publique sur plusieurs cas de syphilis vaccinale. Quatorze sujets avaient été vaccinés ou revaccinés dans une même séance avec du vaccin humain pris sur un enfant, âgé de deux mois et demi, qui succomba peu de temps après à des accidents probables de syphilis viscérale, sans manifestation extérieure.

Sur les quatorze sujets vaccinés, sept présentèrent au bout de peu de temps des signes manifestes de syphilis dont la porte d'entrée était nettement au niveau des insertions vaccinales. Chez un huitième sujet, dont la syphilis n'était pas non plus douteuse, le chancre siégeait sur l'amygdale, il était possible d'admettre que ce sujet avait été infecté secondairement par l'une des victimes de la syphilis vaccinale.

Ainsi sur les quatorze sujets vaccinés, sept victimes directes : chez l'une d'elles, une fille de 21 ans, *enceinte de six mois*, la syphilis présentait tous les caractères de ce que le professeur Fournier appelle la syphilis maligne précoce.

Les conclusions de ce rapport, établissant d'une manière irréfutable ces

cas de syphilis vaccinale et interdisant d'une manière absolue l'usage de la vaccine humaine, furent approuvées par une Commission médicale nommée pour l'étude de ces accidents.

Méningite suppurée localisée (due au micrococcus tetragenes) chez une femme enceinte.

En collaboration avec le Dr Fernand Besançon. (Communication à la *Société Médicale des hôpitaux*, 21 Janvier 1898.)

Il s'agit d'une malade observée à la Maternité de Beaujon et qui, dans les derniers mois de la grossesse, présenta des phénomènes de paralysie motrice du membre supérieur gauche. Bientôt survint une hémiplégie gauche complète avec abcès épileptiformes. En raison des antécédents de syphilis et d'absence de fièvre, le diagnostic de lésion syphilitique fut posé et le traitement institué. La femme mourut bientôt dans le coma. L'autopsie montra que les accidents d'excitation cérébrale et de paralysie étaient dus en réalité à une très grosse plaque de méningite suppurée siégeant dans la région rolandique.

L'origine tétragénique de cette méningite suppurée n'est pas douteuse; ce n'est pas par simple culture du pus que le microbe a été décelé, mais l'examen direct sur lamelles a montré d'innombrables tétrades encapsulées, ce qui éloigne toute possibilité d'infection agonique ou cadavérique. Les cultures pratiquées dans le but de déceler d'autres microbes pyogènes, streptocoque ou staphylocoque, nous ont amenés à cette conclusion qu'il s'agissait d'une infection due au seul micrococcus tetragenes que l'inoculation aux animaux nous a montré être virulent.

Traduction d'une partie (**Maladies des organes génito-urinaires**) du *Traité de Pathologie interne et de Thérapeutique* du Dr Hermann Eichhorst (chez G. Steinheil, 1889.)

CHIRURGIE

En 1885, une communication à la Société Anatomique sur un cas de mort par étranglement intestinal chez un jeune homme ayant une fracture de la colonne vertébrale.

Deux observations d'hystérectomie vaginale pour épithélioma du col recueillies dans le service de F. Terrier, et publiées dans la thèse du docteur A. Gomet, Paris, 1886, sur l'hystérectomie vaginale en France (p. 60 et 93).

Plusieurs observations d'*ovariotomie* recueillies à l'hôpital Bichat, et publiées par M. Terrier.

De l'expectation dans le traitement des plaies par balles de revolver de petit calibre.

(*Gazette hebdomadaire*, 1885.)

Cette note, qui comprend la relation de douze observations recueillies dans le service de M. Terrier, montre les avantages de la non-intervention dans la pluralité des cas de plaies par balles de petit calibre.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

DÉONTOLOGIE

I

Conférences de déontologie.

(En collaboration avec Paul Le Gendre.)

Dès les premières années de notre carrière médicale nous eûmes, mon ami Le Gendre et moi, l'occasion de nous occuper de questions d'intérêts professionnels et de déontologie médicale ; nous avons pensé qu'il y aurait intérêt à exposer devant un public médical, les principales questions qui, en dehors des soins à donner aux malades, peuvent embarrasser le médecin dans sa pratique quotidienne.

Nous avons également cru qu'il convenait, à une époque où se dessinait parmi les médecins une tendance regrettable à oublier les règles qui sont nécessaires pour que la profession médicale reste honorable, de rappeler les règles de la déontologie par un enseignement s'adressant surtout aux étudiants en médecine.

Nous avons donc, avec Le Gendre, fait une première série de conférences, dans une des salles de l'Hôtel des Sociétés Savantes, en novembre et en décembre 1899 ; puis, avec l'autorisation du Doyen de la Faculté de Médecine, le professeur Brouardel, nous avons repris en 1900 cet enseignement dans le petit amphithéâtre de la Faculté. A deux reprises, en 1902 et 1904, j'ai, seul, continué, à la Faculté, cet enseignement officieux.

Ces conférences ont été réunies par Le Gendre et par moi dans un opuscule de 218 pages, intitulé : *Le médecin dans la Société moderne* (Masson et Cie, éditeurs, 1902). Voici en quels termes nous exposions dans la préface de ce livre les raisons qui nous avaient amenés à instituer cet enseignement et la manière dont nous le comprenions :

« Il y a de longues années que nous nous occupons tous deux des ques-

tions professionnelles, et que nous avions formé le projet d'en créer l'enseignement pratique. Nous avons longtemps hésité à l'inaugurer, car nous ne nous dissimulions pas que le rôle de moraliste est toujours ingrat. Le public — médical ou non — sourit volontiers de ceux qui affirment que la moralité doit régler la vie privée et publique des individus. On pouvait nous dire que, pour donner des conseils aux jeunes, il ne faut plus l'être soi-même. « A cet égard, comme dit Beaumarchais, le plus fort est fait ». L'heure paraît avoir sonné de laisser de côté le faux respect humain et de dire à haute voix ce que nous croyons juste et utile. Nous estimons qu'il y a intérêt à affirmer devant les étudiants en médecine ce que doit être la profession médicale et à leur signaler les dangers qui la menacent.

« Nous avons cherché à mettre en lumière le mouvement considérable de solidarité professionnelle qui se dessine depuis quelques années. En faisant connaître aux étudiants *toutes les œuvres* d'assistance, de prévoyance et de défense professionnelles, nous avons pensé faire œuvre doublement utile : pour le médecin en lui montrant quels services rendent à l'individu ces différentes associations; pour la profession médicale, qui sera d'autant plus honorée et respectée que ses membres se trouveront mieux à l'abri des rigueurs du sort.

« En insistant sur les dangers de l'encombrement médical, nous en avons étudié avec soin les causes, et nous faisons appel à toutes les bonnes volontés pour prévenir l'envahissement de notre profession par trop de jeunes gens dépourvus des aptitudes spéciales qu'elle exige.

« Il ne s'agit pas seulement aujourd'hui de la défense mesquine des intérêts d'une corporation, il y va de l'intérêt social le plus élevé. Pour remplir d'une manière complète son rôle humanitaire, le médecin doit exercer sa profession dans des conditions qui lui permettent d'en vivre honorablement en le mettant tout au moins à l'abri de la faim, mauvaise conseillère ».

Sans entrer dans l'analyse de ce livre, on peut juger de la nature des questions traitées par le sommaire suivant :

I. — Nécessité des études déontologiques. Définition de la déontologie. Qualités physiques, intellectuelles et morales nécessaires au médecin. — Devoirs envers les malades et envers soi-même.

II. — Devoirs de l'étudiant à l'hôpital. — Des remplacements médicaux. — Cession de clientèle. — Devoirs envers l'État. Enregistrement du diplôme (etc.). — Devoirs vis-à-vis des confrères : changement de médecin par le client; dangers des querelles professionnelles. — Consultations entre médecins : choix du consultant; honoraires du consultant. — Rapports : 1° Avec les médecins militaires, 2° avec les dentistes, 3° avec les spécialistes, 4° avec les médecins des stations thermales.

III. — Rapports avec les pharmaciens. — Exercice de la pharmacie par le médecin. —

Rapports avec les sages-femmes. — Les honoraires médicaux : tarifs d'honoraires ; règlement des honoraires ; utilité d'une comptabilité en règle ; envoi des notes d'honoraires ; prescription des honoraires ; privilège des honoraires ; réclamation des honoraires devant les tribunaux : honoraires illicites.

IV. — Le secret médical. Exceptions au secret médical. Déclaration des naissances. Déclaration des épidémies. Dénonciation des attentats. Sévices exercés sur les enfants. Avortements criminels. Innocent injustement accusé. Le secret médical dans les guerres civiles. Le secret médical et les projets de mariage. Le secret médical dû aux époux.

Nourrices et nourrissons syphilitiques. *a*) La nourrice est encore saine. *b*) La nourrice est déjà contagionnée. — Secret médical et témoignage en justice. Statistique et déclaration de décès. Secret dû aux mineurs et aux domestiques.

V. — Le médecin et les collectivités. Le médecin et la loi : historique et analyse de la loi de 1892 sur l'exercice de la médecine. État-civil. Réquisition du médecin. Médecin expert. Responsabilité des experts. Certificats. *a*) Certificats exempts du timbre. *b*) Certificats soumis au timbre.

Le médecin et l'hygiène publique : Hygiène dans la commune. Hygiène dans le département. Conseil d'hygiène publique et de salubrité. Service des épidémies. Vaccination et revaccination. Protection de l'enfance.

Hygiène dans l'État. Le médecin et l'Assistance publique : Médecins des hôpitaux. Médecins des bureaux de bienfaisance. Assistance à domicile. Assistance médicale gratuite dans les campagnes.

Le médecin et les collectivités privées. Le médecin et les Sociétés de secours mutuels. Le médecin et les Compagnies d'assurance sur la vie. Le médecin et les Compagnies d'assurances-accidents.

Le médecin et la politique. L'encombrement médical et les causes de la crise professionnelle.

VI. — Des moyens de remédier à l'encombrement médical. — Les associations médicales : *a*) Associations de bienfaisance : Association des médecins du département de la Seine. Association générale des médecins de France. (Caisse des pensions viagères et allocations annuelles. Caisse des veuves et orphelins.)

b) Associations de prévoyance : Association médicale mutuelle du département de la Seine (Gallet-Lagoguey). Association amicale des médecins français. Caisse des pensions de retraite du corps médical.

c) Œuvres de défense professionnelle : Société civile du Concours Médical. Syndicats médicaux. Union des syndicats médicaux. Caisse des victimes du devoir médical. Le Sou médical. Sociétés médicales d'arrondissement de Paris. Comité permanent de déontologie. Association de la presse médicale. L'avenir des associations professionnelles.

II

Déontologie et encombrement médical.

Dans cette revue publiée en 1904, sont exposées les principales raisons pour lesquelles le nombre des médecins est en France supérieur aux besoins réels de la population. Il en résulte pour nombre de médecins la difficulté, sinon l'impossibilité, de vivre honorablement des bénéfices normaux de la profession.

L'encombrement médical produit la gêne, la misère qui est tout à la fois dangereuse pour le médecin dont elle tend à diminuer la moralité, et pour le public dont cette moralité est la sauvegarde.

Suit l'exposé des moyens qui devraient être employés pour remédier à l'encombrement médical et dont les principaux, en dehors d'études plus complètes et de sanctions plus sévères aux examens, sont : *a*) d'unir les médecins entre eux pour qu'ils puissent défendre leurs intérêts; *b*) de leur faire connaître les différents débouchés qui sont actuellement ouverts aux médecins en dehors de la pratique médicale; *c*) de faciliter l'accès du plus grand nombre aux œuvres de prévoyance contre la maladie et pour la vieillesse.

Les médecins français semblent peu disposés, en adhérant à un *Ordre des médecins*, à sacrifier un peu de leur liberté pour tenter d'améliorer les conditions matérielles et morales de leur profession; cependant les abus sont tels qu'un certain nombre de médecins songent à fonder un *Ordre libre de médecins* dont les membres s'engageront à ne pas recourir à certaines pratiques suspectes et à se conformer aux règles d'un Code de déontologie.

III

Avant-projet d'un Code de déontologie.

(*Bull. de l'A. G. des médecins de France*, n° 9, 1er Avril 1904.)

A la suite du Congrès de déontologie et de médecine professionnelle, tenu à Paris en 1900, sous la présidence du Dr L. Lereboullet, il fut constitué une Commission mixte chargée de rédiger un code de déontologie.

Sur l'invitation qui nous en fut faite, nous acceptâmes, Le Gendre et moi, de faire partie de cette commission et nous collaborâmes d'une manière effective à la rédaction de cet avant-projet de code de déontologie.

IV

Historique de l'Association Générale des médecins de France (1858-1908).

(Un vol. de 160 pages chez Masson et Cie, 1909.)

Nommé en 1902 membre du Conseil général de l'Association Générale des Médecins de France, je fus bientôt désigné comme secrétaire des séances, puis comme secrétaire général (1906-1911).

Pendant les deux dernières années où j'occupai ces fonctions, je crus de mon devoir et de l'intérêt de l'Association Générale de signaler au corps médical français le danger qui résultait, pour l'avenir et le bon renom de la profession, du progrès et des succès d'une société commerciale qui, tout en poursuivant le but fort utile de donner aux médecins âgés une retraite assez importante, viole un principe qui, jusqu'ici, avait été repoussé par presque tous les médecins français : celui de tirer, en dehors de leurs légitimes honoraires, un bénéfice direct ou indirect de leurs prescriptions.

Je fus soutenu dans cette lutte par d'éminents et honorables collègues, toujours prêts à défendre les droits de leurs confrères, mais qui ne craignaient pas, dédaigneux d'une facile popularité, de leur rappeler qu'ils avaient des devoirs généraux à remplir envers leurs clients et envers leur profession. Je défendis de mon mieux les idées qui, jusqu'ici, avaient régné sans conteste parmi les médecins; comme elles ne semblaient plus admises par la majorité des membres de l'Association Générale, je crus nécessaire de me retirer avec presque tous mes collègues du Conseil général de l'Association aux intérêts de laquelle, pendant quelques années, j'avais consacré une grande partie de mon labeur.

En dehors de la rédaction des Rapports annuels où sont discutées les principales questions intéressant la profession médicale, je pris une part active à l'organisation du Centenaire de l'Association Générale; je publiai à cette occasion un opuscule dans lequel est résumée l'histoire de l'Association Générale depuis sa fondation.

Cet historique a été rédigé en résumant les *Annuaires* publiés chaque année jusqu'en 1902, et les *Bulletins* qui paraissent tous les deux mois depuis cette époque. Dans les différents chapitres sont exposés : 1° Les conditions dans lesquelles l'Association a été fondée ainsi que les modifications qu'ont subies ses statuts pour être conformes à la loi de 1898 sur les Sociétés de Secours mutuels;

2° Une très courte notice sur les hommes qui l'ont fondée et administrée; quelques détails sont donnés sur le fonctionnement du Conseil général et sur la tenue des Assemblées générales, ainsi que sur la rédaction des *Annuaires* et des *Bulletins*;

3° L'œuvre financière de l'Association, ainsi que la constitution et le mode de fonctionnement de ses différentes Caisses (Caisse des Fonds généraux, Caisse des Pensions viagères, Caisse des Veuves et Orphelins); les conditions dans lesquelles l'Association amicale des médecins français pour l'indemnité-maladie et la Caisse des Pensions de retraite du corps médical

français, toutes deux créées par le *Concours médical*, ont été rattachées à l'A. G.;

4° L'œuvre de protection et de moralisation de l'A. G.;

5° Les principales questions professionnelles dont s'est occupée l'Association depuis sa fondation;

6° Un résumé du passé de l'A. G. et de sa situation actuelle.

Voici en quels termes je formulais l'évolution qu'il fallait désirer pour cette importante Association médicale :

« Le programme de demain n'est donc pas d'augmenter la fortune de l'Association (elle doit surtout s'accroître par des legs) et de capitaliser une partie des cotisations perçues chaque année; mieux vaut consacrer la presque totalité des recettes à venir en aide aux confrères âgés, à ceux qui sont dans le dénûment, à leurs familles, et à faciliter à la masse des membres de l'Association leur affiliation aux œuvres de prévoyance de droit qui nécessitent des cotisations plus ou moins élevées.

« L'A. G. est actuellement une Société de secours mutuels régie par la loi de 1898. Quelques confrères, mus par des sentiments divers, le lui rappellent volontiers; ils voudraient qu'elle se cantonne exclusivement dans ce rôle, en s'occupant seulement de venir en aide aux médecins malheureux et à leurs familles, en favorisant le développement des œuvres de retraite de droit et d'indemnité-maladie, et en laissant à d'autres associations professionnelles, surtout aux syndicats, l'étude et la défense des intérêts professionnels.

« Il est possible que ce soit là l'évolution qui se prépare; mais, pour des raisons diverses qui seront ailleurs exposées, l'heure n'est pas encore venue pour l'A. G. d'abandonner cette partie importante de son programme qui est formulé dans ses Statuts et qui a contribué puissamment à son essor et à sa prospérité; elle n'a pas seulement à conserver une fortune lentement accumulée, elle doit aussi défendre tout un héritage de droiture et d'honnêteté professionnelles. Vouloir réduire le rôle de l'Association Générale à celui d'une simple mutualité, ce serait méconnaître avec ingratitude les services qu'elle a rendus dans le passé, ce serait priver inutilement le Corps médical d'un puissant moyen de défense professionnelle.

« La devise primitive de l'A. G. ne doit donc pas être réduite aux seuls mots d'assistance et de protection, elle doit être maintenue intacte et formulée en ces quatre mots :

Assistance — Prévoyance — Protection — Moralisation »

Il peut paraître singulier — peu conforme à l'usage — qu'à la fin

d'un exposé de titres figure ce qui a été fait par le candidat en dehors du terrain scientifique; cependant n'est-il pas dans le rôle d'un éducateur de jeunes gens qui se destinent à une profession aussi difficile à exercer que la profession médicale, de s'intéresser à la vie professionnelle des médecins, à l'étude et à la solution des questions qui sont pour eux plus ou moins vitales?

Il ne suffit pas au médecin de connaître son métier au point de vue des soins à donner aux malades, il doit savoir quels sont les devoirs qui lui incombent vis-à-vis des malades et vis-à-vis de ses confrères; c'est à ses maîtres qu'il appartient de lui apprendre non seulement la déontologie, mais son rôle de collaborateur précieux aux différentes lois sociales de prévoyance et d'hygiène. D'ailleurs cet enseignement de la déontologie et de la médecine professionnelle figure dans le nouveau programme d'études médicales et a été fait ces années dernières dans plusieurs Facultés de médecine.

TABLE DES MATIÈRES